



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Faculdade de Ciências Médicas

Organização Mundial da Saúde
Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias

**A Integração da Saúde Mental
na Estratégia Saúde da Família:
Perspectivas dos Gerentes
da Atenção Primária de São Paulo**

Carmen Lúcia Albuquerque de Santana

Dissertação de Mestrado Internacional em
Políticas e Serviços de Saúde Mental

Orientadora: Professora Doutora Márcia Scazufca

2013

Resumo

Introdução: A integração da saúde mental (SM) na atenção primária (AP) é a principal garantia de acesso da população às boas práticas em SM. Embora amplamente recomendada há décadas, existem poucos modelos de integração efetiva da SM na AP. Em 2008 o Ministério da Saúde do Brasil criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que passou a ser o responsável pela integração da SM na AP. O objetivo deste estudo é conhecer, a partir da ótica dos gerentes da AP, como se dá a integração da SM na AP, suas visões sobre o NASF e sugestões para melhorar este modelo de integração. A partir dos resultados apresentaremos recomendações para aperfeiçoar o modelo vigente de integração da SM na AP.

Método: Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com orientação analítica – descritiva. Foram realizadas 10 entrevistas semi-estruturadas com gerentes da AP, na região metropolitana de São Paulo. Trabalhou-se com o conceito de amostragem intencional, utilizando como critério de escolha os casos extremos ou desviantes. Foi utilizado o método da Análise Estrutural ou *Framework Analysis*, uma modalidade de análise de conteúdo.

Resultados: Os entrevistados consideraram haver mais barreiras do que facilitadores à integração da SM na AP. As barreiras e facilitadores apresentados estavam relacionados ao contexto social, fatores organizacionais, e componentes pessoais das equipes de trabalhadores. Os gerentes mostram não ter clareza sobre como operacionalizar suas ideias sobre integração da SM na AP e sobre o escopo das intervenções da SM na AP. Na visão dos gerentes a atuação do NASF ainda é incapaz de promover o cuidado integrado.

Conclusões: A maior dificuldade não é criar a política de integração da SM na AP, mas viabilizar sua implementação. Recomenda-se aperfeiçoamento do processo de trabalho do NASF e investigações sobre a natureza e exequibilidade do apoio matricial no contexto da AP.

Palavras – chave: Saúde Mental; Atenção Primária; Organização de Serviços; Pesquisa Qualitativa; Análise Estrutural.

Abstract

Introduction: The integration of mental health (MH) in primary care (PC) is the main guarantee of access to good practices in MH. Although widely recommended for decades, there are few models of effective integration of MH in PC. In 2008 the Brazilian Ministry of Health created the Core of Support for the Family Health Strategy (NASF), to be the responsible for the integration of MH in PC. This study aims understanding the PC manager's perspective about the integration of MH in PC, their visions about the NASF and their suggestions to improve this model of integrated care. Based on results we will present recommendations to improve NASF's model of integration MH in PC.

Method: Qualitative research, exploratory and analytical descriptive study. We conducted 10 semi-structured interviews with PC managers, in the metropolitan region of Sao Paulo. We worked with the concept of intentional sampling, using as a criterion for choosing the extreme or deviant cases. We used the Framework Analysis methodological approach, a method of content analysis.

Results: The interviewees considered that there are more barriers than facilitators for the integration of MH in PC. The barriers and facilitators presented were related to the social context, organizational factors, and personal component of the PC staff. Managers' shows not have clarity about how implement their ideas about integration of MH in PC and about the scope of the interventions of MH in PC. The NASF is still unable to promote the integrated care in managers perception.

Conclusions: The biggest difficulty is not to create a policy of integration of MH in PC, but its implementation. It is recommended to improve the NASF work process and to research about the nature and feasibility of matrix support in the context of PC.

Keywords: Mental Health; Primary care; Organization of Services; Qualitative Research; Framework Analysis.

“Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito que um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão”.

(*Tecendo a manhã* em *A Educação pela Pedra*,
João Cabral de Melo Neto, 1965)

Agradecimentos

Aos usuários do Sistema Único de Saúde que nos confiam o seu cuidado,

Aos trabalhadores e trabalhadoras da Estratégia Saúde da Família,

Aos trabalhadores e trabalhadoras dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família,

A Neusa Camargo,

A Rosicler Di Lorenzo,

A Leon Garcia,

A Paulo Menezes,

A Ricardo Araya,

Aos trabalhadores e trabalhadoras das equipes de psiquiatria comunitária de Lisboa,

À Professora Graça Cardoso,

A Wolfgang Spiegel,

Ao Professor Francisco Lotufo Neto,

À querida amiga e orientadora Márcia Scazufca,

Aos meus pais por me apoiarem sempre,

Ao meu filho Lucas pelo apoio e compreensão,

Ao meu amor Antonio Carlos Seabra, por sua presença imprescindível em todos os momentos.

Abreviaturas

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AE – Análise Estrutural

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CREMESP - Conselho Regional de medicina do Estado de São Paulo

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

PIB – Produto Interno Bruto

SAMU – Serviço Móvel de Urgência

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

WONCA – Organização Mundial de Médicos de Família

Sumário

Índice de Diagramas e Quadros	ix
Índice de Figuras	x
Índice de Tabelas	xi
1 Introdução	1
2 Revisão da literatura	3
2.1 A Integração da Saúde Mental na Atenção Primária	3
2.1.1 O Impacto dos Transtornos Mentais na Sociedade é Enorme	3
2.1.2 Os problemas mentais e físicos estão inter-relacionados	4
2.1.3 O número de portadores de transtornos mentais não tratados é muito grande	5
2.1.4 A saúde mental na Atenção Primária aumenta o acesso ao tratamento	5
2.1.5 A saúde mental na Atenção Primária promove o respeito aos direitos humanos	5
2.1.6 A saúde mental na Atenção Primária é custo-efetiva e economicamente viável	6
2.1.7 A intervenção precoce é importante na evolução do quadro clínico	6
2.2 Estratégias institucionais para integração da saúde mental na Atenção Primária	6
2.3. A saúde mental no Brasil	9
2.3.1 O Sistema Único de Saúde do Brasil	9
2.3.2 A reforma da assistência psiquiátrica	10
2.3.3 A Atenção Primária no Brasil	10
2.3.4 A rede de serviços de saúde mental no Brasil	12
Articulação entre a rede de serviços de saúde mental e a atenção primária no Brasil	15
3 Objetivos	17
3.1 Objetivo Geral	17
3.2 Objetivos Específicos	17
4 Metodologia	18
4.1 A perspectiva da Pesquisadora	18
4.2 População do estudo e amostra	20
4.2.1 Contexto	20
4.2.2 Amostra	23
4.3 Procedimentos e coleta de dados	27
4.3.1 Entrevistas individuais com gerentes da atenção primária	27
4.3.2 A triangulação dos resultados	28
4.4 Análise dos dados	30
4.4.1 Modelo teórico para análise dos dados	30
4.4.2 A técnica utilizada para a Análise de Conteúdo	31
4.5 A avaliação da qualidade da pesquisa	34
4.5.1 Avaliação da qualidade quanto à coerência	34
4.5.2 Avaliação da qualidade quanto à transparência	35
4.5.3 Avaliação da qualidade quanto à fidedignidade	36
4.5.4 Avaliação da qualidade quanto à validação	36
5 Resultados	38
5.1 Síntese dos resultados	38
5.2 Análise temática de conteúdo das entrevistas	42
A visão dos gerentes da atenção primária	42
Barreiras à integração da saúde mental na ESF	44

Facilitadores à integração da saúde mental na ESF	50
Avaliação da integração da SM na AP.....	53
Sugestão dos gerentes sobre o processo de integração da SM na atenção primária	55
6 Discussão	57
6.1 Resumo dos principais resultados do estudo.....	57
6.2 Aspectos metodológicos.....	59
6.3 Interpretação dos resultados com base na literatura.....	60
6.3.1 A visão dos gerentes sobre a integração da saúde mental na ESF	60
6.3.2 Barreiras e facilitadores da integração da saúde mental na atenção primária.....	61
6.3.3 Avaliação da experiência da integração da SM na ESF	69
7. Considerações finais.....	71
7.1 Implicações dos resultados encontrados para políticas públicas.....	71
7.2 Recomendações para integração da SM na ESF	72
7.2.1 Revisão do arranjo organizacional das equipes responsáveis pela integração da saúde mental na atenção primária	72
7.2.2 Detalhamento do papel de cada componente da equipe NASF	72
7.2.3 Capacitação em saúde mental para as equipes da atenção primária	73
7.2.4 Estímulo à participação dos usuários e dos trabalhadores da atenção primária no desenvolvimento das intervenções.....	75
7.2.5 Apoio aos gerentes da atenção primária na supervisão das equipes NASF e das EqSF	77
8 Referências Bibliográficas	79

Índice de Diagramas e Quadros

Diagrama 1. Barreiras à integração da saúde mental na saúde da família.	45
Diagrama 2. Formação (F) como fator determinante da Atitude (A) profissional.....	58
Quadro 1 – Questões norteadoras para o grupo focal com gerentes NASF	26
Quadro 2 – Roteiro de entrevista semi-estruturada para gerentes de UBS	28
Quadro 3 – Roteiro de entrevista semi-estruturada para gerentes de NASF.....	28
Quadro 4 – Questões norteadoras para o Grupo Focal com médicos e enfermeiros e para o Grupo Focal com ACS.	29
Quadro 5 – Categorias e Módulos de Codificação.....	38
Quadro 6 – Desafios da Integração da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família (visão dos gerentes).....	58
Quadro 7 – Considerações finais sobre a integração da saúde mental na estratégia saúde da família.....	78

Índice de Figuras

Figura 1. Município de São Paulo dividido em 31 subprefeituras.	21
Figura 2. Mapa da cidade de São Paulo indicando o território correspondente às cinco coordenadorias regionais de saúde	22
Figura 3. Áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de São Paulo....	23
Figura 4. Áreas de atuação em atenção primária da organização parceira da prefeitura de São Paulo elegíveis para o presente estudo	24
Figura 5. Frequência das categorias de análise de conteúdo das falas dos entrevistados.	41
Figura 6. Frequência das categorias analisadas segundo todos os gerentes (UBS e NASF) entrevistados.....	44
Figura 7. a) Frequência das categorias analisadas no discurso de gerentes de UBS; b) Frequência das categorias analisadas no discurso de gerentes NASF; c) Frequência das categorias analisadas no discurso de gerentes de UBS avaliadas como integração ruim (UBS –); d) Frequência das categorias analisadas no discurso de gerentes de UBS avaliadas como boa integração (UBS +).	45

Índice de Tabelas

Tabela 1. NASF implantados no Brasil.....	12
Tabela 2. Tipologia dos Serviços de Saúde Mental e a Rede de Equipamentos Existentes no Brasil (adaptada de Garcia & Lucchesi, 2011).	15
Tabela 3. Síntese da Codificação das Categorias de Análise com suas Referências	39
Tabela 4. Síntese das Frequências das Categorias de Análise.	40
Tabela 5. A visão dos gerentes da atenção primária	43
Tabela 6. Barreiras à integração da SM na ESF.....	46
Tabela 7. Facilitadores da integração da SM na ESF.....	51
Tabela 8. Avaliação dos gerentes sobre o processo de integração da SM na ESF.....	53
Tabela 9. Sugestões dos gerentes	55

1 Introdução

A integração da saúde mental na Atenção Primária é uma das dez ações recomendadas para organização de serviços de saúde mental pela Organização Mundial da Saúde (WHO 2001, 2005). É a principal garantia de acesso da população às boas práticas em saúde mental (WHO 1978, 2001). Este é o nível de serviço prioritário para o cuidado à saúde mental, principalmente em territórios com poucos recursos econômicos ou com escassez de especialistas, como é o caso de várias regiões no Brasil (Mubbashar, 1999; Saxena & Maulik, 2003; Thornicroft & Tansella, 2004; Thornicroft & Tansella, 2009).

Embora a integração da saúde mental na atenção primária seja amplamente recomendada há décadas, existem poucos modelos de implementação efetiva desta estratégia. (Patel & Cohen, 2003). O planejamento das ações de implementação varia muito nos diferentes países, sendo que alguns modelos se apoiam em equipes de especialistas que atuam em contextos comunitários e outros utilizam atendimentos conjuntos entre trabalhadores da atenção primária e enfermeiras especialistas em saúde mental. Estas estratégias utilizam o apoio do psiquiatra em diferentes níveis, mas pouco se sabe sobre quais destas abordagens seriam mais ou menos eficientes (Hanlon, 2010; Semrau et al., 2011). Atualmente existe um consenso de que é necessário haver boa evidência sobre o que funciona **na prática** para que se possam desenvolver programas efetivos, especialmente em regiões onde os recursos sejam escassos (Eisenberg, 2000; Cohen, 2001; Patel & Cohen, 2003).

O Brasil passou, nas três últimas décadas, por uma reforma sanitária, um processo de significativa transformação do seu modelo de atenção em saúde. A Atenção Primária (AP) foi reestruturada com base em um novo modelo denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Já a saúde mental sofreu um redirecionamento de um cuidado antes centrado na internação hospitalar para uma atenção focada em serviços de base comunitária.

O modelo brasileiro de integração da saúde mental na AP primária foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde do Brasil visando a apoiar a ESF e a fortalecer o seu papel na rede de serviços públicos do país. Trata-se de um modelo inovador, vinculado à coordenação da AP, em que profissionais especialistas de diferentes áreas do conhecimento atuam em conjunto com os profissionais da AP, compartilhando as práticas de trabalho nos territórios, na perspectiva de uma atenção integral à saúde. No novo modelo, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são os responsáveis pela integração da saúde mental nos cuidados primários (Secretaria

Municipal da Saúde, 2009). Na prática, os NASF diferem de localidade para localidade na composição dos seus profissionais, mas contam com pelo menos um profissional especialista em saúde mental: o médico psiquiatra e/ou o psicólogo.

Apesar da relevância da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, a cultura avaliativa sobre o impacto e sobre os resultados da nova política ainda é muito frágil no país. Predominam descrições de experiências, estudos de caso e análises da política elaboradas, muitas vezes, no âmbito ideológico (Ribeiro & Inglez-Dias, 2011). A mudança de modelos implica desafios que merecem também uma abordagem científica, não ideológica. A integração da saúde mental na AP é um processo complexo que requer múltiplas ações e exige a contribuição dos diversos atores da rede de saúde: profissionais da saúde mental, da atenção primária, gestores, usuários e familiares (Craig et al., 2008; Craig et al., 2005; Cohen, 2001; Burchett & Mathew, 2009; Ross et al., 2005; McKee et al., 1999; Schmidt L, 2006). Tantos componentes em interação trazem dificuldades práticas e metodológicas para sua implementação avaliação. Identificar os elementos/componentes mais apropriados e desenvolvê-los para responder à complexidade destas questões é fundamental para o sucesso da integração da saúde mental na AP no Brasil.

Assim, o tema da integração da saúde mental na AP no Brasil é tradicionalmente compreendido em termos de política, mas pouco se sabe da visão daqueles responsáveis por implantar a política. É nesta perspectiva que esta pesquisa se insere. O trabalho investiga a implementação dos NASF, tendo como principais objetivos descrever a visão dos gerentes da Atenção Primária (gerentes da ESF e gerentes dos NASF) sobre a integração da saúde mental na ESF, identificar barreiras e facilitadores para esta integração e conhecer a avaliação que estes gerentes têm sobre a implementação e atuação dos NASF. Tendo como base os resultados, este trabalho sugere medidas operacionais para aprimorar a prática da integração da saúde mental na ESF.

2 Revisão da literatura

2.1 A Integração da Saúde Mental na Atenção Primária

A Atenção Primária (AP) ou Atenção Básica, como é chamada no Brasil, é composta pelos serviços que oferecem o primeiro contato da população com os cuidados de saúde. Esses serviços são normalmente oferecidos em pequenas unidades de saúde próximas aos locais onde residem seus usuários, o que facilita tanto o acesso aos cuidados quanto a sua continuidade. Conceitualmente, a formação dos médicos e enfermeiros da AP deve permitir um cuidado integral (cobrindo todos os aspectos da saúde, sem separar o físico do mental), centrado na pessoa, e não em doenças ou sistemas fisiológicos isolados. A AP deve se responsabilizar pela atenção aos problemas de saúde mais frequentes e coordenar a integração dos cuidados oferecidos por especialistas. Por acompanhar seus pacientes ao longo da vida, a AP tem papel fundamental no cuidado das doenças crônicas e na reabilitação, funções que ganharam importância com o envelhecimento da população mundial (Garcia & Santana, 2012).

A inserção da AP em uma comunidade não deve ser apenas geográfica, mas também deve propiciar conhecimento sobre os hábitos e a cultura de seus moradores, sobre as vulnerabilidades e os recursos do território onde vivem. Isso permite desenvolver intervenções de promoção de saúde e prevenção de doenças que dialogam mais de perto com as diferentes realidades das populações, e se integram com recursos para além da saúde (como educação, cultura e esportes). Essa proximidade é fundamental, por exemplo, em ações que pretendam mudar hábitos de vida, como a dieta, o consumo de álcool e outras drogas, o exercício físico ou problemas como a violência doméstica (Starfield B, 2002).

Uma publicação conjunta da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) delineou razões para justificar a integração da saúde mental na Atenção Primária (WHO & WONCA, 2008). Os parágrafos a seguir sintetizam essas razões e algumas das evidências científicas que as sustentam, inclusive no caso específico do Brasil.

2.1.1 O Impacto dos Transtornos Mentais na Sociedade é Enorme

Os transtornos mentais são muito prevalentes na população em geral. Uma revisão de 12 estudos realizados em 9 países colocou sua prevalência entre 10,3% e 28,8% para os homens e entre 18% e 37% para as mulheres (de Girolamo & Bassi, 2003). Estudos realizados no Brasil em

UBS encontraram prevalências ainda mais altas, variando de 47% a 56%. Se considerarmos o conceito de Carga de Doença, a depressão aparece como a quarta maior causa de anos de vida perdidos por incapacidade ou morte precoce, tanto no mundo quanto no Brasil. Entre as mulheres brasileiras, estima-se que a depressão seja a primeira e maior causa de Carga de Doença em todas as regiões do país (Ensp/Fiocruz, 2002).

Na cidade de São Paulo, os transtornos mentais comuns e os relacionados às substâncias psicoativas têm elevado custo socioeconômico e exercem pressão sobre o sistema de saúde como um todo, sobrecarregando-o. Estudo recente, de corte transversal de base populacional, realizado na cidade de São Paulo, no qual foi avaliada uma amostra da população geral adulta residente na região metropolitana, demonstrou uma alta prevalência de transtornos mentais (Andrade et al., 2012). A taxa de prevalência de pelo menos um transtorno psiquiátrico na vida foi de 44,8%, enquanto 23% dos respondentes preencheram critérios para dois ou mais transtornos, e 13,4%, para três ou mais. As classes de transtornos mentais mais prevalentes foram:

- Transtornos de ansiedade (28,1%)
- Transtornos de humor (19,1%)
- Transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (11%)
- Transtornos do controle do impulso (8,4%)

Os transtornos mais prevalentes foram:

- Depressão maior (16,9%)
- Fobia específica (12,4%)
- Abuso de álcool (9,8%)

2.1.2 Os problemas mentais e físicos estão inter-relacionados

Muitas pessoas sofrem tanto de problemas de saúde mental quanto física. O mais correto é dizer que esses problemas, na maioria das vezes, estão relacionados. A AP permite um cuidado integral e holístico desses problemas, evitando a fragmentação de intervenções. Além disso, os mais frequentes transtornos mentais costumam apresentar-se com sintomas somáticos proeminentes, sendo esses que motivam, muitas vezes, a busca por serviços de saúde (Goldberg & Huxley, 1992).

2.1.3 O número de portadores de transtornos mentais não tratados é muito grande

Em todo o mundo, principalmente nos países com renda baixa ou média, como no Brasil, existe uma enorme diferença entre o número de pessoas que vivem com transtornos mentais e o número de pessoas que recebem tratamento para estes transtornos. O número relativamente pequeno de profissionais de saúde mental no mundo e no Brasil (aliado à desigualdade na distribuição destes profissionais) não permite que essa diferença seja vencida apenas pelos serviços especializados de saúde mental (Saxena et al., 2007). Só um sistema com a abrangência da AP pode garantir a extensão da cobertura em saúde mental, particularmente para os problemas mais comuns. Na cidade de São Paulo uma parte considerável dos indivíduos não recebe tratamento, com apenas um terço dos casos graves tendo recebido algum tipo de cuidado. (Andrade et al., 2012).

2.1.4 A saúde mental na Atenção Primária aumenta o acesso ao tratamento

Há evidências de que, de maneira geral, os mais pobres são os que menos acessam tratamento para transtornos mentais no Brasil e no mundo (Saxena et al., 2007). Uma pesquisa desenvolvida na cidade de São Paulo sobre utilização de serviços de saúde mostrou que em áreas cobertas pela AP, através da Saúde da Família, os mais pobres e menos escolarizados acessavam os serviços de saúde tanto quanto o restante mais favorecido da população (Goldbaum et al., 2005). Essa evidência de que a AP pode favorecer a equidade do sistema de saúde como um todo indica que, também para os portadores de transtornos mentais, ela pode aumentar a proporção de pessoas que recebem tratamento e diminuir as iniquidades de acesso hoje existentes no Brasil.

Além disso, a proximidade com os usuários e a atuação em longo prazo da AP facilitam a busca ativa de pacientes que perdem o contato com o sistema, o que é fundamental no seguimento dos transtornos mentais graves e persistentes.

2.1.5 A saúde mental na Atenção Primária promove o respeito aos direitos humanos

Os cuidados de saúde mental oferecidos em unidades de AP diminuem o estigma dos pacientes portadores de transtornos mentais (Thornicroft, 2006). Além disso, por causa da forte associação entre violência e transtornos mentais, a oferta abrangente de cuidados em saúde mental na AP ajuda a chamar atenção para as violações de direitos humanos ligados à violência (Campbell, 2006).

2.1.6 A saúde mental na Atenção Primária é custo-efetiva e economicamente viável

Já foi demonstrado que intervenções oferecidas na Atenção Primária podem ser altamente custo-efetivas no tratamento de transtornos mentais comuns, como depressão e ansiedade (Patel et al., 2009). A oferta de cuidados em saúde mental próxima ao local de moradia das pessoas possibilita o melhor aproveitamento de recursos comunitários já existentes (o que é especialmente importante para os transtornos mais comuns e leves) e a diminuição de custos indiretos com meios de transporte e tempo de deslocamento. Estimativas sobre a ampliação dessas intervenções revelaram que elas são viáveis economicamente, inclusive em países de baixa renda (Lancet Global Mental Health Group, 2007).

2.1.7 A intervenção precoce é importante na evolução do quadro clínico

A intervenção terapêutica logo após o início do primeiro episódio de um transtorno mental pode exercer um papel determinante na evolução e no prognóstico, reduzindo a gravidade e prevenindo ou minimizando a incapacitação (Andrade et al., 2011). O primeiro contato com serviço de saúde em busca de tratamento, realizado na AP, é um fator crucial para que a intervenção precoce possa ocorrer.

2.2 Estratégias institucionais para integração da saúde mental na Atenção Primária

Na década de 1970, formou-se um consenso na literatura internacional sobre políticas públicas quanto à importância da inserção dos cuidados em saúde mental na AP. A Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a recomendar essa integração tanto nos países ricos quanto nos países pobres (WHO, 1975; Thornicroft & Tansella, 1999). Uma grande pesquisa colaborativa envolvendo diversos países avaliou a efetividade de intervenções comunitárias de saúde mental integradas com a AP e concluiu que um número considerável de indivíduos com transtornos mentais severos puderam receber tratamento efetivo neste nível de atenção. A maioria dessas intervenções incluía a capacitação de profissionais da AP para identificar e tratar transtornos mentais e epilepsia (Harding et al., 1983a; Harding et al., 1983b, Murthy & Wig, 1983; Sartorius & Harding, 1983).

No entanto, as experiências pioneiras das décadas de 1970 e 1980 não se tornaram políticas continuadas (Sartorius et al., 1999). No Brasil, nas décadas de 1980 e 1990, a opção por capacitar profissionais generalistas e trabalhar em equipe foi substituída pela contratação de profissionais de saúde mental trabalhando na AP, atuando isolados de seus colegas generalistas (Antunes,

1998). Essa experiência não contribuiu para aumentar a habilidade dos generalistas no cuidado aos transtornos mentais (Iacoponi, 1990).

Durante os anos 1990, a OMS repensou sua orientação e passou a defender o fortalecimento de uma rede especializada e comunitária de serviços de saúde mental como condição para a inserção de cuidados em saúde mental na AP (Thornicroft & Tansella, 1999). Para a OMS, sem uma rede especializada comunitária forte, não seria possível garantir a supervisão e um sistema de encaminhamento para a AP, principalmente no que se refere aos transtornos mentais graves e persistentes (Saraceno et al., 2007).

Atualmente a integração da saúde mental na AP é considerada um processo estruturado em intervenções complexas. Dessa forma, não cabe pensar na AP como uma medicina simplificada, uma medicina “pobre para os pobres” ou simplesmente reservar à AP apenas a triagem dos encaminhamentos para as especialidades (Starfield B, 2002). Existem evidências de tratamentos eficazes para transtornos mentais que podem ser aplicados em contextos de AP (Patel & Cohen 2003; Araya et al., 2003; Chatterjee et al., 2003; Patel & Sartorius, 2008, Patel & Thornicroft, 2009). Entretanto, a implementação destas ações permanece um desafio (Hanlon et al., 2010; Petersen et al., 2011).

Dados da literatura nos permitem estabelecer algumas diretrizes para integrar o cuidado à saúde mental na AP:

1. Não existe modelo único para a saúde mental em cuidados primários (Cohen, 2001; Patel & Cohen 2003);
2. Cada contexto necessita desenvolver sua maneira específica de organizar o serviço (Cohen, 2001; Patel & Cohen 2003; Thornicroft et al., 2008);
3. O programa “certo” é aquele desenvolvido de acordo com as necessidades e anseios da comunidade para a qual está a serviço, não aquele que segue um modelo genérico (Cohen, 2001; Patel & Cohen 2003; Thornicroft et al., 2008);
4. As prioridades devem levar em conta as necessidades e prioridades locais (Cohen, 2001, Thornicroft et al., 2008);
5. Depressão, psicose e epilepsia são mais frequentemente recomendadas pela dimensão custo-efetividade (Cohen, 2001, Thornicroft et al., 2008);
6. O desenvolvimento dos diferentes programas é modelado por vários fatores: as prioridades escolhidas, a disponibilidade de supervisão, rede de apoio secundária e

terciária, outros recursos locais (Cohen, 2001; Patel & Cohen 2003; Thornicroft et al., 2008);

7. A educação continuada (treinamento/supervisão) é amplamente recomendada, mas a natureza e a extensão variam muito (Cohen, 2001; Grahlan et al. 2007; Bosh & Garner, 2008; Ward et al., 2009);
8. A abordagem de “delegação de tarefa” (*task shifting*) tem sido mencionada como um mecanismo importante de diminuição da lacuna de tratamento nos países de baixa e média renda (WHO, 2008; Saraceno et al., 2007);
9. Todos os envolvidos devem ser considerados na organização do serviço (Pescosolido et al., 1999; Griffiths et al., 2002; Campbell et al, 2004; Thornicroft et al., 2008).

2.3. A saúde mental no Brasil

2.3.1 O Sistema Único de Saúde do Brasil

A primeira intervenção do Estado brasileiro na saúde ocorreu na constituição de 1923. Nesta época a saúde foi pensada como um seguro, vinculada ao mundo do trabalho, à assistência médica e à previdência social; totalmente desligada das ações coletivas. O acesso gratuito aos serviços de saúde era feito em alguns hospitais do estado e hospitais universitários, em instituições filantrópicas religiosas ou nos hospitais de institutos de previdência apenas para os trabalhadores associados. Nesta época, atenção aos portadores de transtornos mentais era sinônimo de internação em grandes “hospitais-colônia” psiquiátricos especializados. A AP era praticamente inexistente.

A Constituição Federal brasileira de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS) que universalizou o acesso gratuito. A implantação do SUS pode ser considerada uma das reformas sociais mais importantes realizadas no Brasil. As ações e serviços de saúde passaram a integrar um sistema único, fundamentado em cinco princípios. São princípios do SUS: 1) o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; 2) a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; 3) a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; 4) a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; 5) o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras. Estabeleceram-se assim as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental (SUS, 2006). Com a criação do SUS, teve início o processo de descentralização do atendimento de saúde mental, antes realizado prioritariamente em hospitais psiquiátricos.

A Constituição de 1988, atualmente vigente, também atribui à administração dos municípios a responsabilidade de organizar e desenvolver as ações e os serviços de atenção à saúde, reconhecendo que a proximidade da administração municipal com os problemas da população lhe permite identificar as reais necessidades de saúde. As Secretarias Municipais da Saúde (SMS), são as gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) de todos os municípios brasileiros. A SMS de cada município é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem a promover, proteger e recuperar a saúde da população. Também tem como atribuição

a regulação do subsistema de saúde suplementar (seguros e planos de saúde privados). Atualmente o SUS atende 75% da população, e os seguros e planos de saúde suplementar individuais ou coletivos atendem os 25% restantes (SUS, 2006).

2.3.2 A reforma da assistência psiquiátrica

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), também começa a descentralização do atendimento de saúde mental, antes realizado prioritariamente em hospitais. A reforma psiquiátrica brasileira expressa um sólido movimento ideológico que evoluiu como movimento político e inovador a partir dessa época. No ano de 1989 dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. No entanto, é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a **Lei Federal 10.216** é sancionada. O texto aprovado não prevê a extinção total dos hospitais psiquiátricos, mas incentiva o tratamento fora dos hospitais. O texto da lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária (Ministério da Saúde do Brasil, 2005).

2.3.3 A Atenção Primária no Brasil

Desde 1994 o Ministério da Saúde do Brasil vem reorganizando os serviços de AP em todo o território nacional. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a forma adotada pelo SUS para reorientar o modelo assistencial a partir da AP. No modelo da ESF, cada equipe de saúde da família (EqSF) responsabiliza-se pela saúde integral de todos os moradores de um determinado território. As equipes, compostas por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, fazem atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde estão locadas e também na comunidade (Ministério da Saúde do Brasil, 2010).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), que deve ser um morador do bairro aonde trabalha, é um profissional-chave na estratégia saúde da família. Ele faz a conexão entre a equipe de saúde e a comunidade, destacando-se pela comunicação e entrosamento com as pessoas da região. É um elo cultural do SUS com a população. Seu contato permanente com as famílias (pelo menos uma visita domiciliar por mês a cada família cadastrada) permite o trabalho de vigilância e promoção de saúde, além de contribuir para a continuidade dos tratamentos (Costa & Carbone, 2004). Os médicos e enfermeiros, com o apoio de diretrizes clínicas, oferecem consultas e atendimentos domiciliares às mais comuns necessidades de saúde, incluindo saúde da criança, saúde da mulher, doenças crônicas degenerativas e também transtornos mentais.

As UBS devem estar vinculadas a uma rede de serviços de modo que sejam garantidas as referências e as contra referências para níveis superiores de complexidade nos atendimentos. Cada UBS é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adstrita) a uma área (território de abrangência) e pode abrigar uma ou mais equipes de profissionais (máximo oito), dependendo do número de famílias que estão sob sua responsabilidade. Uma equipe é responsável por uma área onde residem entre 600 e 1000 famílias, com um limite máximo de 4.500 pessoas. As equipes realizam o cadastramento das famílias através das visitas domiciliares, de acordo com a área territorial estabelecida.

Em 2011, o Brasil contava com 32.299 ESF que ofereciam cobertura a 53,5% da população (Ministério da Saúde do Brasil, 2012). Parte da queda da mortalidade infantil observada no Brasil nas últimas décadas tem sido atribuída a expansão da estratégia saúde da família (Macinko et al., 2006). No entanto, em muitas localidades, principalmente capitais, a saúde da família ainda convive com o modelo tradicional da AP, que não cadastra nem visita usuários, e não se apoia em equipes com ACS (Garcia & Santana, 2012).

Para apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da AP, o Ministério da Saúde do Brasil criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 4 de Março de 2008. Dentro do SUS, cabe aos NASF a responsabilidade de integrar a saúde mental na AP, via Estratégia Saúde da Família. Neste modelo, o NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, não apenas por profissionais da área de Saúde Mental (Ministério da Saúde do Brasil, 2012). Cada NASF pode ser composto de nove áreas estratégicas: 1) saúde da criança/do adolescente e do jovem; 2) saúde mental; 3) reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; 4) alimentação e nutrição; 5) serviço social; 6) saúde da mulher; 7) assistência farmacêutica; 8) atividade física/práticas corporais; 9) práticas integrativas e complementares (Ministério da Saúde do Brasil, 2009).

Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 e o NASF 2. O NASF 1 é composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) e é vinculado a no mínimo 8 e a no máximo 20 Equipes de Saúde da Família. O NASF 2 é composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico;

Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional) e é vinculado a no mínimo 3 Equipes Saúde da Família. O NASF não funciona como porta de entrada dos atendimentos da rede pública de saúde, nem tampouco como ambulatório para encaminhamento. A proposta de trabalho dos NASF é estruturada em um modelo novo de integração da saúde mental na AP e organiza-se através do chamado Apoio Matricial.

O Apoio Matricial é definido como um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de AP. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar por meio de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação. Espera-se que, tanto as discussões de caso como os atendimentos conjuntos sejam espaços de formação permanente para as EqSF. Seminários e outras estratégias também podem ser utilizados. Além disso, os NASF devem auxiliar na coordenação da AP com os serviços especializados e com outros recursos, governamentais ou não, disponíveis nos territórios onde atua.

Muitos municípios ainda não implantaram equipes NASF, ou o fizeram de forma insuficiente. Uma das principais dificuldades é a falta de profissionais qualificados para trabalhar em saúde mental na AP, principalmente de psiquiatras. Como apresentado na tabela 1, até o início de 2012, haviam sido criados 1586 NASF em todo país.

Tabela 1. NASF implantados no Brasil.

Ano	NASF 1	NASF 2	Total
2008	369	26	395
2009	866	86	952
2010	1159	127	1.286
2011	1408	156	1.564
2012	1532	377	1.909

Fonte: DAB/SAS/MS

A cidade de São Paulo (SP) com cerca de 11 milhões de habitantes tinha 56 NASF 1 implantados em 2011.

2.3.4 A rede de serviços de saúde mental no Brasil

A Política Nacional de Saúde Mental preconiza que a atenção aos usuários do SUS deva ser feita dentro de uma **rede** de cuidados. A rede de atenção à saúde mental é parte integrante do

SUS, trata-se de uma rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 1990. Estão incluídos nesta rede: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os ambulatorios de saúde mental, a Atenção Primária, os prontos-socorros, o Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU) as residências terapêuticas, as enfermarias psiquiátricas em hospital geral, hospitais psiquiátricos e os centros de convivência. Compartilhando dos princípios norteadores do SUS, a rede de atenção à saúde mental caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor (Ministério da saúde do Brasil, 2005). A seguir descreveremos brevemente os componentes da rede de saúde mental no Brasil.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde do Brasil, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. A sua presença estrutura uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. São serviços de saúde municipais, abertos e comunitários. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Os municípios com menos de 20 mil habitantes não precisam ter CAPS, segundo a lógica de organização proposta pelo ministério, e podem começar a estruturar sua rede de cuidados a partir dos NASF na atenção básica.

Os CAPS devem oferecer atendimento e acompanhamento aos portadores de transtornos mentais severos, na crise e fora da crise. Eles também devem atuar na comunidade e desenvolver atividades ligadas ao trabalho e à geração de renda (Garcia & Lucchesi, 2011). É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos e promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ação intersetorial. Atualmente divide com os NASF a função de regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na AP.

Temos 5 modalidades de CAPS:

- CAPS I: devem ter no mínimo 5 profissionais de nível superior e servem municípios de até 70 mil habitantes
- CAPS II: tem um mínimo de 6 profissionais de nível superior e servem municípios com mais de 70 mil habitantes

- CAPS III: tem no mínimo 8 profissionais de nível superior e servem municípios a partir de 200 mil habitantes. Oferecem os mesmos serviços que os CAPS II com horários estendidos, incluindo finais de semana e feriados. Oferecem leitos para hospitalidade noturna por um máximo de 7 dias
- CAPS infantil ou CAPS i: especializados no atendimento a crianças e adolescentes
- CAPS álcool e drogas ou CAPS ad : especializados no atendimento a dependentes de substâncias psicoativas.

Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 1980 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, momento no qual estes serviços experimentaram uma grande expansão.

Os Ambulatórios de Saúde Mental

Oferecem acompanhamento em consultas (não oferecem cuidados contínuos) a pacientes moderados e graves, fora de crise. Atendem apenas pessoas referenciadas pela atenção primária ou egressos de internação em hospitais psiquiátricos (Garcia & Lucchesi, 2011).

A Atenção Primária e os NASF

Os CAPS representaram o início da implementação da rede comunitária de saúde mental e foram complementados por uma política de integração da saúde mental na própria AP através da criação dos NASF. Assim, dentro do SUS, cabe aos NASF a responsabilidade de integrar a saúde mental na AP, via Estratégia Saúde da Família.

Os Prontos-Socorros

Oferecem pronto atendimento hospitalar, ininterrupto, com avaliação psiquiátrica e possibilidade de internação para observação por até 72 h (Garcia & Lucchesi, 2011).

O Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU)

Oferece avaliação e remoção para urgências de saúde em geral na comunidade. É acionado por telefone por leigos ou profissionais da saúde.

As Residências Terapêuticas

São casas para moradia de até 8 pacientes sem possibilidade de viver autonomamente e sem possibilidade de convívio com a família. Oferecem apoio técnico para os cuidados cotidianos de acordo com o grau de comprometimento dos moradores (Garcia & Lucchesi, 2011).

As Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral e os Hospitais Psiquiátricos

Oferecem internação para diagnóstico e tratamento dos quadros graves, durante a crise. Ainda existem no Brasil hospitais psiquiátricos com leitos de longa permanência, mesmo que esta função não seja preconizada pela atual política de saúde mental (Garcia & Lucchesi, 2011).

Os Centros de Convivência

São espaços para ação intersetorial envolvendo saúde, cultura, esportes e trabalho. Oferecem cursos, oficinas e espaço de convívio para portadores de transtornos mentais e outros grupos em situação de vulnerabilidade social.

A tabela 2 apresenta os diversos tipos de serviços de saúde mental que podem fazer parte da rede do SUS nas cidades brasileiras.

Tabela 2. Tipologia dos Serviços de Saúde Mental e a Rede de Equipamentos Existentes no Brasil (adaptada de Garcia & Lucchesi, 2011).

Tipo de Serviço		Equipamentos de Saúde								
		AP	CAPS I e II, CAPS i, CAPS ad	CAPS III	Ambulatório de Saúde Mental	Centro de Convivência	Residência Terapêutica	Pronto-Socorro	SAMU	Enfermaria/Hospital Psiquiátrico
Crise	Avaliação e intervenção	X	X	X	X			X	X	
	Cuidado contínuo de dia		X	X				X		
	Cuidado contínuo dia/noite			X				X		X
Acompanhamento	Psiquiatria	X	X	X	X					
	Psicoterapias	X	X	X	X					
	Reabilitação psicossocial	X	X	X	X	X	X			
	Grupos de apoio mútuo	X	X	X	X	X				
	Trabalho/geração de renda		X	X		X				
	Moradia e cuidados pessoais						X			

Articulação entre a rede de serviços de saúde mental e a atenção primária no Brasil

A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se como de base comunitária, sendo portanto, o papel da AP fundamental para a efetividade do cuidado. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no

território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Pode-se sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção primária no Brasil (Ministério da Saúde do Brasil, 2001; 2005; ABRASCO,2003):

- A noção de território;
- A organização da saúde mental em rede;
- A intersetorialidade;
- A reabilitação psicossocial;
- A transdisciplinaridade;
- A desinstitucionalização;
- A promoção de cidadania dos usuários;
- A promoção da autonomia de usuários e familiares.

Atualmente temos uma enorme defasagem entre a demanda por serviços de saúde mental e a quantidade dos diversos equipamentos disponíveis no território. A sustentabilidade das inovações da reforma psiquiátrica depende da integração dos serviços comunitários à rede de AP. No entanto, a parte mais crítica do sistema de atenção em saúde mental no Brasil está no acesso aos primeiros cuidados, com qualidade (Ribeiro & Inglez-Dias, 2011).

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

- Compreender a implementação da integração da saúde mental (SM) na estratégia saúde da família.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a visão geral dos gerentes sobre a integração da SM na Atenção Primária;
- Identificar barreiras e facilitadores da integração da SM na estratégia saúde da família;
- Avaliar a experiência da implantação dos NASF;
- Descrever a percepção dos gerentes sobre o que funciona e o que não funciona no processo de integração da SM na estratégia saúde da família;
- Desenvolver um conjunto de recomendações pragmáticas para a integração da SM na estratégia saúde da família.

4 Metodologia

A pesquisa utilizou metodologia qualitativa de pesquisa. Esse método foi escolhido porque permite uma adequada compreensão das necessidades e dos contextos (SMS, 2007; The PLoS Medicine Editors, 2007).

A metodologia qualitativa é útil para responder questões de pesquisa que envolvam o “porquê”, “o que” ou “como” de determinado problema científico (Lacey & Luff, 2007). Os métodos qualitativos são aqueles que trabalham com fontes de dados narrativos e de observação, não numéricos. Têm sido utilizados cada vez mais na área de saúde para alcançar dimensões do problema de pesquisa que outros métodos não seriam capazes (Pope & Mays, 2006). Atualmente são vistos como parte da tendência predominante em pesquisa na área de organização de serviço de saúde (Holloway, 2005).

4.1 A perspectiva da Pesquisadora

A literatura sobre métodos de pesquisa qualitativa enfatiza a necessidade de tornar clara a perspectiva do próprio pesquisador na demonstração da validade e para aumentar a credibilidade da pesquisa (Lacey & Luff, 2007). Como a análise qualitativa é um processo de interpretação, os preconceitos e a visão de mundo do pesquisador têm influência no processo de análise dos dados, apesar de todo o rigor da abordagem. Muitos autores argumentam que esta é a maneira que deve ser: um exercício de interpretação e subjetividade no qual o pesquisador deve estar intimamente envolvido com o seu objeto de pesquisa (Pope & Mays, 2006). Sendo assim, para tornar a perspectiva da pesquisadora explicitamente presente, incluirei neste capítulo um resumo da minha jornada pessoal e conceitual através do problema da pesquisa.

Terminei a residência em psiquiatria no início de 1997. De 1997 a 2007 trabalhei como psiquiatra na coordenação e supervisão técnica das atividades do Programa de Saúde Mental para Refugiados no Brasil. A organização deste serviço de saúde mental teve uma trajetória repleta de assuntos polêmicos e de difícil abordagem: temas da psicologia individual, da psiquiatria social, da etnopsiquiatria e da clínica psiquiátrica em interface com discussões acerca das funções e dos significados das psicoterapias. A complexidade deste objeto de estudo nos inseriu no campo da metodologia de pesquisa antropológica e, finalmente, nos instrumentos de investigação qualitativa. Naquela época nosso serviço foi pioneiro na introdução da pesquisa - ação como método para o desenvolvimento e organização de serviços de atenção à população de alta vulnerabilidade social (Santana & Lotufo, 2001).

Meu primeiro contato com a atenção primária à saúde aconteceu em 2008, quando iniciei o trabalho como psiquiatra do NASF. No período entre novembro de 2008 e março de 2011 participei da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em duas regiões distintas na cidade de São Paulo, com duas diferentes organizações parceiras da prefeitura. Inicialmente trabalhei na implantação do NASF na periferia da região sul, de 2008- 2009; e depois trabalhei no centro da cidade 2010-2011. Durante os anos de 2011 e 2012 mantive contato com os NASF para a realização desta pesquisa. O resumo das duas experiências iniciais foi o ponto de partida para a realização do presente estudo e está descrito no anexo 01.

Apesar de ter atuado durante 10 anos como psiquiatra em contexto extra-hospitalar no Programa de Saúde Mental para Refugiados, eu nunca havia experimentado uma necessidade tão grande de pensar a saúde mental de uma perspectiva mais ampla antes deste contato com a Atenção Primária. Compreender como se organizava, ou deveriam se organizar, os serviços de saúde e qual seria o papel da equipe de saúde mental neste contexto eram questões difíceis de serem respondidas. Esta foi a minha principal motivação quando iniciei o “ International Master in Mental Health Policy and Services” na Universidade Nova de Lisboa.

Cabe ressaltar que durante a elaboração deste estudo, realizei visitas a serviços de atenção primária de Lisboa e Viena. Conhecer estes serviços ajudou a estudar a realidade da cidade de São Paulo de uma perspectiva mais ampla, reconhecer que as dificuldades não eram só nossas. Visitei Lisboa em outubro de 2010, para conhecer os serviços de psiquiatria comunitária, coordenados pela Professora Graça Cardoso, da Universidade Nova de Lisboa. As atividades durante as visitas foram intensas e me possibilitaram refletir sobre a experiência brasileira de um ângulo diferente. Estive com as equipes de psiquiatria comunitária atuantes na atenção primária na Grande Lisboa (Amadora – Damaia e Queluz), participei das atividades de rotina destas equipes incluindo visitas domiciliares, reuniões com médicos de família, reuniões de equipe no Hospital Amadora-Sintra. Os temas abordados nas conversas com os membros da equipe de psiquiatria comunitária envolveram principalmente os desafios, barreiras e facilitadores da integração da saúde mental na atenção primária em Lisboa.

Em abril de 2012, com a mesma proposta de conhecer diferentes modelos de integração da saúde mental na atenção primária, realizei visita a consultórios de médicos de família em Viena. O modelo de atenção primária nesta cidade é estruturado em consultórios particulares de médicos generalistas. Os pacientes os procuram quando sentem necessidades, pelas mais diversas queixas. Estes profissionais, por sua vez, podem encaminhá-los aos especialistas em saúde mental

(psiquiatras ou psicólogos) se julgarem necessário. Nesta ocasião tive a oportunidade de entrevistar alguns médicos generalistas que trabalhavam neste modelo integração da saúde mental na atenção primária. Realizamos alguns atendimentos compartilhados e discussão de casos.

A reflexão que fiz com os trabalhadores dos serviços de atenção primária em Lisboa e em Viena abordava as mesmas questões do presente estudo: quais as estratégias utilizadas para a integração da saúde mental na AP? Quais os desafios, barreiras e facilitadores da integração da saúde mental na AP? Percebi nas experiências descritas, e no contato com vários colegas que atuantes na AP no Brasil, que alguns Serviços ou Unidades Básicas de Saúde, com recursos semelhantes, tinham sucesso na integração da saúde mental enquanto outros não. O que determinaria resultados mais satisfatórios? Foram estas situações vividas que me fizeram escolher o tema desenvolvido nesta pesquisa.

4.2 População do estudo e amostra

4.2.1 Contexto

O Brasil, com 8,5 milhões de quilômetros quadrados é a nação mais extensa da América do Sul e a quinta maior do mundo. Alguns estados brasileiros – como Amazonas, Pará e Minas Gerais – possuem, cada um, uma área equivalente a vários países europeus reunidos. A organização e gestão dos serviços públicos de saúde no Brasil são municipalizadas. A pesquisa foi realizada no município de São Paulo, capital do estado de São Paulo, onde convivem mais de 11 milhões de habitantes em áreas de grande desigualdade social. São Paulo é o principal centro financeiro da América Latina e a maior cidade do hemisfério Sul. Décima nona cidade mais rica do mundo, o município representa, isoladamente, 12,26% de todo o PIB brasileiro e 36% de toda a produção de bens e serviços do estado de São Paulo. É sede de 63% das multinacionais estabelecidas no Brasil e é responsável por 28% de toda a produção científica nacional – segundo dados de 2005. A região metropolitana de São Paulo possui 19.223.897 habitantes, o que a torna a sexta maior aglomeração urbana do mundo. Nela encontramos comunidades rurais, população em exclusão social, moradores de rua, aldeias indígenas, residentes em área de contaminação ambiental e populações urbanizadas, com elevados indicadores sociais. Este cenário demanda respostas inovadoras por parte do poder público e impõe desafios importantes aos gestores do SUS no desenvolvimento de estratégias efetivas.

O município de São Paulo tem uma grande extensão territorial (área = 1.523 km²), com áreas com alta densidade demográfica, 7.113 hab/km², e áreas rurais de baixa densidade demográfica. A

rede de água cobre 97,6% do município, a rede de esgoto 87,2% e 11,1% da população reside em favelas. O município é dividido em 31 subprefeituras, como ilustra o mapa abaixo.



Figura 1. Município de São Paulo dividido em 31 subprefeituras.

A gestão da saúde na cidade é feita pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) através das Coordenadorias Regionais de Saúde, conforme indica a figura 2.

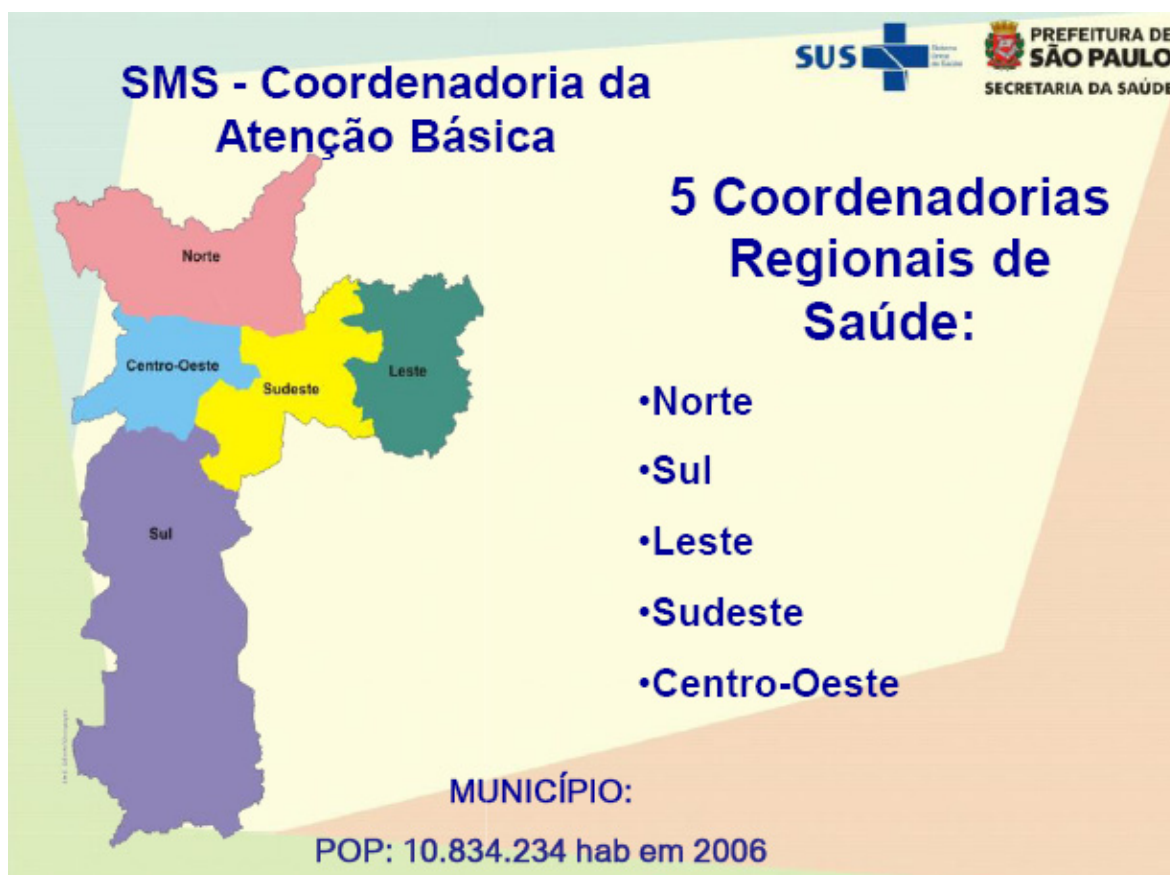


Figura 2. Mapa da cidade de São Paulo indicando o território correspondente às cinco coordenadorias regionais de saúde

A implantação da ESF no município de São Paulo iniciou-se em 2001 com o Programa Saúde da Família. A implantação da ESF na cidade está sendo feita de forma gradual, privilegiando-se a sua implantação nas áreas mais pobres da cidade, áreas com moradores de rua, migrantes e encortçados. Atualmente 43,3% do município é coberto pela ESF e a Secretaria Municipal de Saúde conta com 256 UBS com ESF e com 1196 EqSF (SMS, 2013).

A administração da ESF no município de São Paulo é feita por meio de convênios, isto é, parcerias público-privadas. Atualmente existem 12 organizações parceiras do município. Toda a contratação de pessoal para ESF do município é realizada pelas instituições parceiras, que são, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, responsáveis pela definição e implantação das políticas de recursos humanos voltadas para os profissionais da atenção primária (UBS e equipes NASF).

Na figura 3 podemos observar a área de cobertura da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo:

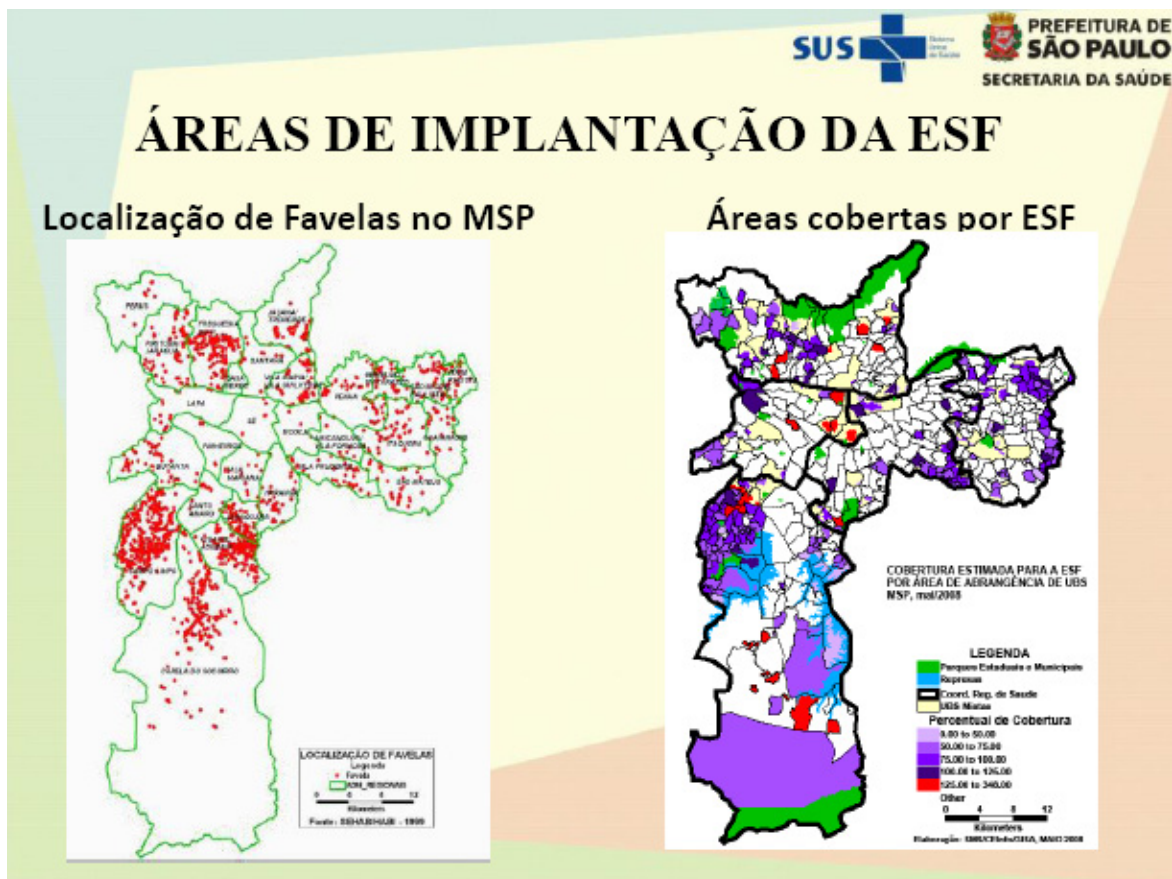


Figura 3. Áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de São Paulo

4.2.2 Amostra

A amostra foi composta por 10 gerentes da atenção primária à saúde na cidade de São Paulo. Optamos por trabalhar com gerentes das Unidades Básicas de Saúde e com gerentes das equipes NASF pois este grupo de gestores é o responsável por coordenar a implementação das ações da SM no escopo da atenção primária. A seleção das UBS e equipes NASF participantes foi orientada de modo a compor um *corpus* diversificado em termos de ocorrências e constatações. Trabalhou-se com o conceito de amostragem intencional fechada segundo critério de saturação teórica:

“O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados”. (FONTANELLA et al., 2008, p. 20).

A organização selecionada

Eram elegíveis gerentes que atuavam em UBS com ESF e gerentes de equipes NASF administradas por uma instituição parceira da prefeitura de São Paulo. Para a realização deste estudo selecionamos uma organização parceira da prefeitura disposta a participar da pesquisa. A organização selecionada não terá o seu nome citado neste estudo para garantir a anonimidade dos participantes. Trata-se de uma instituição não governamental, filantrópica e com sede na cidade de São Paulo. Atua na área de saúde pública em todo o território nacional, em estreita parceria com os setores público, privado e outras organizações não governamentais com objetivos similares. Participa em programas de atenção primária à saúde e realiza assistência técnica na área gerencial de programas em saúde cooperando com a formação de recursos humanos, monitoria e avaliação de programas e projetos. Na cidade de São Paulo é responsável pela administração de 49 UBS onde trabalham 230 Equipes da ESF e 18 Equipes NASF. Dentro da estrutura dessa instituição parceira, equipes NASF podem atuar em mais de uma UBS. Os pontos pretos no mapa representam as Unidades Básicas de Saúde administradas pela organização selecionada para a realização do estudo.

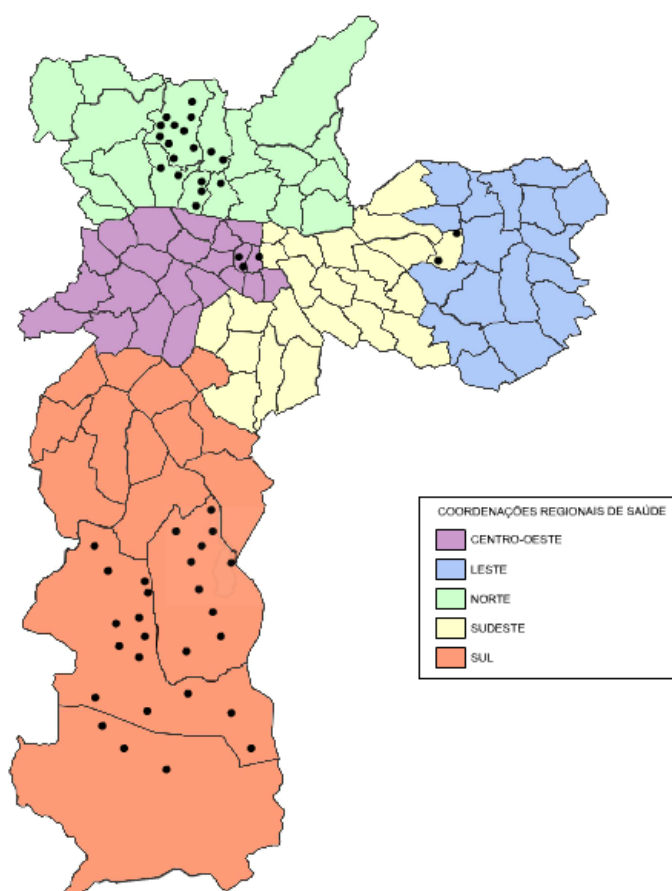


Figura 4. Áreas de atuação em atenção primária da organização parceira da prefeitura de São Paulo elegíveis para o presente estudo

Para a seleção das UBS participantes foi utilizado o critério de escolha de casos extremos ou desviantes. Este critério de amostragem é indicado quando o objetivo é estudar o funcionamento de um programa de reforma do sistema de saúde. São selecionados e analisados exemplos particularmente bem-sucedidos de sua realização (neste caso exemplos bem sucedidos de integração da saúde mental na estratégia saúde da família ou casos de fracasso no programa) no sentido de buscarem-se os motivos deste resultado. Aqui, o campo de estudo é revelado a partir de suas extremidades, para chegar-se a uma compreensão do campo como um todo (Patton, 2002). Este método de seleção amostral permite reunir situações bastante diferentes em termos de avaliação da integração da saúde mental na estratégia saúde da família.

A escolha das UBS participantes do estudo foi realizada em duas etapas. Nossa primeira estratégia foi participar da reunião mensal dos gerentes e supervisores da atenção primária da instituição com a qual trabalhamos. Esta reunião trata de assuntos administrativos e outros temas relevantes para as UBS. Realizamos a observação naturalística (Hays & Singh, 2012) de uma reunião. A observação é um método de coleta de dados na pesquisa qualitativa. Patton (2002) descreve as vantagens da coleta de dados por meio da observação: 1) a observação permite que o pesquisador possa capturar e compreender melhor o contexto do estudo; 2) durante a observação o pesquisador obtém detalhes do contexto que muitas vezes não são obtidos a partir das ideias extraídas nas entrevistas; 3) muitas vezes os sujeitos não ficam confortáveis em discutir alguns assuntos na entrevista, o pesquisador pode obter estas informações somente através da observação direta das interações entre os sujeitos e 4) muitas vezes os entrevistados podem não estar conscientes de algumas dinâmicas do contexto (por exemplo questões políticas, as interações entre uns e outros), ou pode haver viés sobre o contexto devido ao seu envolvimento subjetivo.

Além disso, conduzir a observação no processo de coleta de dados qualitativos permite uma reflexão ampla sobre o contexto e os sujeitos da pesquisa. Durante a reunião observamos que os gerentes estavam tensos e desconfiados e que o ambiente grupal entre os gerentes de UBS e gerentes NASF, naquele momento, não era propício para pesquisa de avaliação. Ao final da reunião apresentamos a pesquisa e aplicamos um breve questionário para avaliar a integração da SM na ESF de acordo com a perspectiva dos 44 gerentes presentes (Anexo 2). Pedimos aos gerentes que enviassem seus questionários respondidos para o nosso correio eletrônico. A dificuldade de abordar o assunto expressou-se desde o início da pesquisa, quando nenhum questionário foi respondido. Como nenhum dos questionários foi devolvido, optamos por uma nova estratégia para identificar UBSs com avaliação boa e ruim sobre a integração da SM na AP.

A segunda estratégia para a seleção das UBS participantes do estudo foi a realização de um grupo focal com os gerentes NASF que tinham contato com todas as UBS da organização (Anexo 3). O grupo focal é uma técnica que possibilita uma análise em profundidade de dados obtidos em uma situação em que um grupo interage. Esta modalidade de entrevista permite verificar o modo que as pessoas avaliam uma situação, como definem um problema e quais são as representações associadas a uma determinada experiência. No grupo focal buscamos compreender a experiência dos participantes do grupo do seu próprio ponto de vista. A interação do grupo permite que o pesquisador observe as contradições que vêm à tona e como os problemas são resolvidos, evidenciando os pontos de consenso e as discordâncias (Westphal et al., 1996). Essa técnica foi adequada aos objetivos desta pesquisa, pois parte de seus objetivos era analisar o posicionamento dos gerentes NASF e a maneira como avaliavam a integração da saúde mental nas UBS.

As questões norteadoras para o grupo focal com gerentes NASF estão apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 – Questões norteadoras para o grupo focal com gerentes NASF

1. Apresentação do Projeto
2. Possíveis indicadores de boa integração da saúde mental na atenção primária
3. Quais UBS seriam exemplos de UBS em que a integração da saúde mental na estratégia saúde da família acontece de maneira positiva e quais seriam exemplos de UBS em que a integração não ocorre ou acontece de maneira insatisfatória.

Participaram desse grupo focal os 4 gerentes NASF responsáveis por todas as equipes NASF da organização estudada. Os critérios utilizados para selecionar as 10 UBS participantes do estudo foram:

Critérios de inclusão: UBS consideradas “casos extremos” no quesito “integração da saúde mental na saúde da família”. Além disso foram incluídos os gerentes NASF responsáveis pelo gerenciamento das equipes nas UBS selecionadas.

Critérios de exclusão: UBS que nunca tiveram equipe integrada por psiquiatra ou psicólogo durante pelo menos 3 meses ou recusa do gerente em participar do estudo.

Os gerentes NASF avaliaram e entraram em consenso sobre as UBS consideradas “casos extremos” no quesito “integração da saúde mental na saúde da família”. Foram consideradas “casos extremos” UBS com avaliações positivas (+) e com avaliações negativas (-) da integração da saúde mental. Três das 10 UBS selecionadas não participaram do estudo. Os motivos para a

não-participação foram: 1) duas UBS, logo no início da coleta de dados, deixariam de ser administradas pela organização parceira com a qual estávamos trabalhando, 2) um dos gerentes de UBS selecionada se recusou a participar das entrevistas. Como trabalhamos com o critério de saturação teórica da amostra a não - participação de 3 UBS não foi um problema. Com essa estratégia garantiu-se que a seleção das UBS participantes fosse orientada de modo a compor um *corpus* diversificado em termos de experiências de integração da saúde mental na atenção primária. Assim, a amostra foi composta por 10 gerentes da atenção primária:

- 03 gerentes NASF
- 04 gerentes de UBS avaliadas como promotoras de boa integração da SM na AP (UBS+)
- 03 gerentes de UBS avaliadas como promotoras de uma integração ruim da SM na AP (UBS -)

4.3 Procedimentos e coleta de dados

Este estudo foi aprovado pela Coordenação de Saúde Mental da cidade de São Paulo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo com o número de identificação CAAE – 0015.0.162.000-11.

Todos os procedimentos de coleta de dados para o estudo foram realizados pela pesquisadora. Foram feitas 10 entrevistas individuais em profundidade com gerentes da atenção primária, um grupo focal com gerentes NASF, um grupo focal com médicos e enfermeiros da ESF e um grupo focal com agentes comunitários de saúde. As entrevistas e os grupos focais foram realizados nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas. As entrevistas com gerentes da atenção primária e os grupos focais tiveram duração média de duas horas. Todo o material coletado foi transcrito literalmente pela pesquisadora.

4.3.1 Entrevistas individuais com gerentes da atenção primária

Foram agendadas as entrevistas individuais com os 7 gerentes de UBS e com os 3 gerentes NASF. As entrevistas individuais foram do tipo semi-estruturadas. Os roteiros das entrevistas, descritos abaixo, foram baseados na literatura científica e nos objetivos do estudo.

Quadro 2 – Roteiro de entrevista semi-estruturada para gerentes de UBS

1. O que você pensa sobre integração da saúde mental na Estratégia Saúde da Família?
2. Na sua opinião, o que facilita o processo de integração da saúde mental na estratégia saúde da família?
3. Em sua opinião, o que dificulta o processo de integração da saúde mental na estratégia saúde da família?
4. Como é a atuação do NASF em saúde mental na sua UBS?
5. O que funciona bem no cuidado em saúde mental na sua UBS?
6. O que não funciona bem no cuidado em saúde mental na sua UBS?
7. Como você avalia o processo de integração da saúde mental na sua UBS?
8. O que você sugere para melhorar o cuidado em saúde mental na sua UBS?
9. Gostaria de fazer algum outro comentário sobre o tema?

Quadro 3 – Roteiro de entrevista semi-estruturada para gerentes de NASF.

1. O que você pensa sobre integração da saúde mental na Estratégia Saúde da Família?
2. Em sua opinião, o que facilita o processo de integração da saúde mental na estratégia saúde da família?
3. Em sua opinião, o que dificulta o processo de integração da saúde mental na estratégia saúde da família?
4. Como é a atuação do NASF nas UBS que estão sob sua coordenação?
5. O que funciona bem no cuidado em saúde mental nas UBS que trabalham com os NASF sob sua coordenação?
6. O que não funciona bem no cuidado em saúde mental nas UBS que trabalham com os NASF sob sua coordenação?
7. Como você avalia o processo de integração da saúde mental nas UBS que trabalham com os NASF sob sua coordenação?
8. O que você sugere para melhorar o cuidado em saúde mental nas UBS que trabalham com os NASF sob sua coordenação?
9. Gostaria de fazer algum outro comentário sobre o tema?

4.3.2 A triangulação dos resultados

Triangular resultados em metodologia qualitativa significa abordar o objeto de pesquisa a partir de mais de uma técnica diferente de investigação ou entrevistar sujeitos pertencentes a diferentes grupos sociais, que possam apresentar a visão do problema de uma diferente perspectiva. A triangulação trata do assunto da validade interna na metodologia qualitativa usando mais de um método de coleta de dados para responder às questões da pesquisa. É uma estratégia para garantir confiabilidade à pesquisa, que envolve a utilização de múltiplas formas de evidência (por exemplo, diferentes fontes de dados ou métodos de coletas) (Heneghan & Badenoch, 2007; Hays & Singh, 2012).

A finalidade dos grupos focais com agentes comunitários de saúde e com médicos e enfermeiros foi permitir o processo de triangulação. Mais especificamente, para a triangulação

dos resultados realizamos um grupo focal com agentes comunitários de saúde (anexo 4) e um grupo focal com médicos e enfermeiros (anexo 5) da UBS escolhida como de integração extremamente bem-sucedida. Esta UBS foi selecionada para abrigar os grupos da triangulação pelo critério da amostragem por conveniência descrito por Patton (2002). Ele se refere à seleção dos casos mais acessíveis sob determinadas condições. Muitas vezes este critério representa o único caminho para se realizar uma avaliação com recursos limitados de tempo e pessoas (Flick, 2009). Abaixo as questões norteadoras para o grupo focal com médicos e enfermeiros e para o grupo focal com agentes comunitários de saúde.

Quadro 4 – Questões norteadoras para o Grupo Focal com médicos e enfermeiros e para o Grupo Focal com ACS.

1. Início

2. Hoje vamos conversar sobre um assunto que afeta todos nós: a integração da saúde mental na estratégia saúde da família. Principalmente sobre como acontece esta integração no território em que vocês trabalham. Antes de começarmos a nossa conversa, vou fazer alguns pedidos.
3. Primeiro, gostaria de saber se me autorizam gravar nossa conversa. Dessa forma posso ter certeza de que não perderei nada de importante que for dito. Se alguém aqui se sente constrangido pela gravação tem toda a liberdade de sair.
4. Pego para que falem alto e claro e que apenas uma pessoa fale por vez. Eu vou fazer o papel de monitora do grupo, como se fosse um “diretor” que vai tentar garantir que todos tenham a sua vez de falar.
5. Por último, por favor, digam exatamente o que vocês pensam. Não se preocupem com o que eu penso ou o seu vizinho pensa. Eu asseguro que ninguém ficará sabendo quem falou o que. Estamos aqui para conhecer melhor o que está acontecendo na prática e a partir daí poder oferecer um serviço de melhor qualidade aos usuários.

Apresentação

1. Vamos começar nos apresentando e falando um pouco sobre sua experiência no cuidado em saúde mental. Eu sou Carmen Santana, psiquiatra e pesquisadora do grupo de pesquisa Epidemiologia Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da USP. Trabalhei no NASF desde sua implantação (em 2008). Já trabalhei com mais de um parceiro, na periferia de São Paulo e na região do Centro. Sei que a situação da saúde mental é diferente em cada território e que temos muito a melhorar. Agora XX você começa dizendo seu nome e falando um pouco sobre sua experiência no campo da saúde mental. Então vamos fazendo a volta para que todos digam seus nomes e falem um pouco da própria experiência.

Questões para o grupo:

1. O que você pensa sobre o atendimento em saúde mental no seu território?
2. Como você avalia o cuidado em saúde mental na sua UBS?(O que funciona bem e o que não funciona bem no cuidado em saúde mental)
3. Como é a atuação do NASF na sua UBS?
4. O que facilita e o que dificulta o processo de integração da saúde mental na estratégia saúde da família?
5. O que você sugere para melhorar o cuidado em saúde mental na sua UBS?

4.4 Análise dos dados

4.4.1 Modelo teórico para análise dos dados

Não existe uma única maneira de analisar dados qualitativos, poderiam ser aplicados diferentes modelos de análise. No presente estudo, entendemos que, ao tratar os dados qualitativos utilizando exclusivamente técnicas discursivas teríamos, como menciona Pereira (1999), um prejuízo de oportunidades de produção de conhecimento pela dispersão abusiva de informações. Miles e Huberman (1984) recomendam que a análise de dados qualitativos se ampare em representações visuais, como gráficos ou esquemas, em lugar de modos narrativos.

Escolhemos para a análise dos dados o modelo da “**análise temática de conteúdo**”. Este modelo teórico permitiu aprofundar a análise levando-se em consideração a pergunta da pesquisa e os objetivos do estudo. A unidade de análise foi a frase ou parágrafo, não a palavra. Para cada parágrafo foi dado uma determinada codificação (anexo 6). Feito isso, extraímos cada parágrafo da narrativa de cada sujeito e os agrupamos em categorias de análise (anexo 7). As categorias foram então examinadas em profundidade (Laceu & Luff, 2007). Todas as entrevistas foram transcritas e analisadas conforme técnicas de análise temática de conteúdo (Minayo, 1992; Santana, 2001).

Segundo Bauer e Gaskell (2000), os pesquisadores da Análise de Conteúdo enfrentam vários dilemas:

- O primeiro deles é no investimento feito na amostragem e na codificação: a pesquisa deve equilibrar o esforço colocado na amostragem e o tempo investido na codificação. Em nossa pesquisa optamos por utilizar 8 meses no processo de amostragem e 10 meses na codificação e análise.
- O segundo dilema é entre o tempo disponível para realização da pesquisa e a complexidade da codificação. Optamos aqui por amostras mais extensas, ao invés de utilizarmos procedimentos de codificação complexos.
- O terceiro dilema é entre a fidedignidade e a validade. A fidedignidade indica uma interpretação objetiva, mas não necessariamente válida. Por outro lado as ambiguidades no material fazem parte da análise. Optamos aqui por assegurar a fidedignidade através da realização da codificação do material transcrito duas vezes, em um intervalo de tempo de 4 meses. Validamos os resultados através de um processo reflexivo em grupo com os gerentes.

Cabe ressaltar que a análise de conteúdo não é a última palavra em nenhum método de análise, mas uma forma sistematizada de organização e interpretação de dados qualitativos, que nos permite estabelecer conexões ou referenciar estes dados para além de si - mesmos.

4.4.2 A técnica utilizada para a Análise de Conteúdo

As análises foram realizadas utilizando-se uma técnica de Análise de Conteúdo conhecida como Análise Estrutural (*Framework Analysis*) – frequentemente traduzida no Brasil como Análise Estruturada. Este modelo de análise tem sido utilizado amplamente no campo da saúde e é empregada em situações em que se requer uma interpretação estruturada – formal, padronizada, objetivada – de ideias, mensagens e conteúdo informacional de modo geral. A Análise Estrutural (AE) é uma ferramenta muito útil na organização do trabalho exaustivo de análise das extensas transcrições de falas dos sujeitos entrevistados, seja para um pesquisador acadêmico ou para um avaliador de programas públicos (Januzzi, 2011).

Esta abordagem foi desenvolvida pelo *National Center for Social Research* do Reino Unido na década de 1980 como método de análise de dados qualitativos (Smith & Firth, 2011). A AE é usada para organizar e classificar os dados de acordo com temas chave, conceitos e categorias emergentes (Ritchie & Lewis, 2003). Ela nos permite interpretar os dados qualitativos de forma estruturada, tratando palavras, frases, parágrafos como entidades empíricas, permitindo contabilizar os resultados. Este modelo foi desenvolvido para o contexto de pesquisa aplicada a políticas públicas. A assim chamada “pesquisa aplicada” visa satisfazer necessidades específicas de informações e proporciona resultados e recomendações em um curto período de tempo (Ritchie & Spencer, 1994).

A vantagem da AE é proporcionar a descrição sistemática e clara do processo de análise. Desta forma, os diversos atores interessados nos resultados da investigação podem acompanhar o “passo - a - passo” através do qual os resultados foram obtidos. Além disso, embora a abordagem seja considerada uma abordagem indutiva, esta forma de análise permite a inclusão de conceitos “a priori” assim como daqueles emergentes do processo de codificação. Este fato é importante na pesquisa aplicada pois nesta área existem elementos específicos de interesse dos atores envolvidos (Lacey & Luff, 2007, Januzzi, 2011).

Optamos pelo referencial da AE pois ele nos permite deixar documentado o material levantado da forma mais estruturada, passível de ser usada posteriormente pelo gestor e pelas equipes da Atenção Primária. Além disso, é uma metodologia recomendada para pesquisa aplicada em Avaliação de Programas Sociais (Januzzi, 2011).

Nosso problema primário envolve a descrição e interpretação de como se estrutura a percepção dos gerentes da atenção primária à saúde mental atualmente, neste contexto específico. Este modelo teórico permite a sugestão de teorias a serem testadas futuramente a partir da nossa pergunta de pesquisa “qual é a visão dos gerentes da atenção primária sobre a integração da saúde mental na estratégia saúde da família?” e de alguns elementos *a priori* (organização e integração dos serviços) que necessitam ser objetivamente enfocados.

As fases da Análise Estrutural

A Análise Estrutural tem cinco fases ou passos (Lacey & Luff, 2007). Estes podem ser desenvolvidos de forma linear, de maneira que todos os dados sejam colhidos antes de serem analisados.

As fases ou passos da Análise Estrutural são:

1. Familiarização
2. Identificação da estrutura temática
3. Codificação ou indexação
4. Construção das tabelas
5. Mapeamento e interpretação

1. Familiarização

Consiste na transcrição total do material gravado (grupo focal e entrevistas) e leitura dos dados. Também incluímos nesta etapa as notas de registro e comentários pessoais de nossas visitas às unidades, desde o primeiro contato telefônico com os gerentes. As entrevistas foram feitas nas respectivas Unidades Básicas de Saúde e duraram em média duas horas. O tempo para transcrição foi, em geral, quatro vezes o tempo de duração da entrevista. Este processo nos permitiu, ao final das transcrições uma grande familiaridade com os discursos a serem analisados.

2. Identificação da estrutura temática

A estrutura temática é a estrutura de codificação inicial desenvolvida a partir de elementos *a priori* e de elementos emergentes da etapa de familiarização. A estrutura temática foi desenvolvida e refinada em todas as fases de nossa análise.

3. Codificação ou indexação

É o processo de organização dos dados para análise. A codificação é uma maneira de organizar as categorias de interesse. A construção de um referencial de codificação é um processo interativo entre a teoria e o material da pesquisa. Um referencial de codificação é um modo sistemático de comparação. Ele é um conjunto de questões (códigos) que o pesquisador utiliza para tratar o material coletado no campo da pesquisa. É por meio deste processo que respondemos às questões da pesquisa, dentro de um conjunto predefinido de alternativas. Existem várias estratégias para codificação, e cada pesquisador deve desenvolver a sua. A codificação e a classificação dos materiais colhidos em nossa amostragem foram realizadas de acordo com procedimentos da análise de conteúdo clássica (Bauer & Gaskell, 2000). Embora o corpo do texto esteja aberto a inúmeras possíveis questões, a análise de conteúdo interpreta o texto apenas à luz do referencial de codificação. Este referencial de codificação constitui uma seleção teórica que incorpora o objetivo da pesquisa. A codificação concreta pode ser feita tanto manualmente como por meio de “softwares”. Optamos pela codificação manual, utilizando como unidades de análise a frase e não a palavra.

- Inicialmente foi dada a cada entrevista uma identificação (sujeito A, B, C... J). Nomes e outros identificadores foram removidos das transcrições. Nesta etapa aplicamos a estrutura temática aos dados, utilizando códigos textuais para identificar elementos específicos que correspondessem às categorias da estrutura temática identificada no passo anterior. Páginas e parágrafos foram numerados de maneira a possibilitar referências ao contexto original (Anexo 06).
- Manualmente grifamos com cores diferentes cada categoria temática para análise em todo o material transcrito. Os códigos foram nomeados pela pesquisadora de maneira a incluírem a variedade de respostas que expressaram o conceito/categoria explorada. Tais categorias foram inicialmente concebidas a partir de dados da literatura e dos objetivos do estudo. As categorias emergentes dos dados foram descritas à margem dos textos das transcrições.
- Observando os dados novamente, revisamos todas as categorias registrando, em separado, ideias/conceitos que pudessem ser abstraídos de cada uma delas e estruturarem uma detalhada análise (Anexo 07).

4. Construção das tabelas

A massa das palavras geradas pelas entrevistas foi descrita e resumida na tabela - síntese. Utilizamos os títulos da estrutura temática para apresentar o conjunto de dados. Nas caixas da tabela - síntese descrevemos os parágrafos e as páginas de referências, por sujeito, assim descritos: (parágrafo: páginas de referências). Dessa maneira temos, por exemplo, em uma caixa da tabela - síntese, localizada na terceira linha e na primeira coluna do sujeito A o registro (10:2). Isto significa que a citação se refere ao parágrafo dez, na página 2, da entrevista com o sujeito A (Anexo 06).

5. Mapeamento e interpretação

Nesta fase buscamos padrões, associações, conceitos e explicações nos resultados obtidos. O objetivo foi mapear a percepção dos gerentes, especialmente das barreiras à integração da saúde mental na estratégia saúde da família. A partir daí e da revisão da literatura sugerimos estratégias para aperfeiçoamento da implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

4.5 A avaliação da qualidade da pesquisa

A análise de conteúdo deve ser avaliada pelos seus resultados. O resultado vai mostrar se a análise apresenta produções de interesse e que resistam a um minucioso exame.

CrITÉRIOS para avaliação da qualidade da Análise de Conteúdo:

- a) Coerência;
- b) Transparência;
- c) Fidedignidade;
- d) Validade.

4.5.1 Avaliação da qualidade quanto à coerência

Um referencial de codificação adequado é aquele que é internamente coerente e simples, de tal modo que todos os códigos tenham um único princípio, relacionado aos objetivos da pesquisa, ao invés de estarem enraizados na meticulosidade de um empirismo que codifica tudo o que vem à mente do pesquisador (Flick, 2009).

Na atual pesquisa investigamos a integração da saúde mental na estratégia saúde da família. Nosso princípio organizador foi: “estratégias para integrar a saúde mental na saúde da família e as percepções das estratégias pelos gerentes do programa”.

As unidades temáticas, a partir dos textos originais foram codificadas de acordo com as categorias listadas abaixo:

- 1) *A visão dos gerentes sobre a integração da SM na AP;*
- 2) *Barreiras e facilitadores;*
- 3) *Avaliação da experiência de integração;*
- 4) *Sugestões.*

A construção de módulos é uma estratégia na construção de um referencial de codificação que garante eficiência e coerência. Um módulo é um bloco bem estruturado de um referencial de codificação que é usado repetidamente. A construção modular aumenta a complexidade do referencial de codificação mantendo sua coerência (Bauer & Gaskell, 2000).

As categorias 2 e 3 foram organizadas nos módulos descritos a seguir:

Barreiras e facilitadores:

- Contexto social
- Fatores organizacionais
- Contexto da atenção primária:
 - Da UBS
 - Do NASF

Avaliação da experiência de integração:

- O que funciona nas UBS
- O que não funciona nas UBS

4.5.2 Avaliação da qualidade quanto à transparência

O processo de codificação para análise ocorreu no período de 6 meses consecutivos à transcrição do material. Todo o processo de codificação foi realizado pela pesquisadora. O registro detalhado do processo de codificação está disponível nos anexos 6 e 7.

4.5.3 Avaliação da qualidade quanto à fidedignidade

A fidedignidade em metodologia qualitativa é definida como concordância entre intérpretes. Estabelecer fidedignidade implica alguma duplicação de esforço: a mesma pessoa pode fazer uma segunda interpretação depois de um intervalo de tempo (para determinar fidedignidade intrapessoal, consistência, estabilidade), ou duas ou mais pessoas podem interpretar o mesmo material simultaneamente (fidedignidade interpessoal, concordância, reprodutibilidade). Optamos por realizar uma segunda interpretação após 4 meses da primeira codificação.

4.5.4 Avaliação da qualidade quanto à validação

A validade na metodologia qualitativa se refere até que grau o resultado representa corretamente o texto, ou o seu contexto. Os resultados podem ser validados através da correlação com critérios externos (Bauer & Gaskell, 2000).

Triangulação

Os dados das entrevistas em profundidade foram triangulados com dados dos grupos focais com Agentes Comunitários de Saúde e com técnicos da UBS avaliada com integração extremamente positiva da SM na AP (anexos 4 e 5).

Validação dos entrevistados

Os pesquisadores que utilizam metodologia qualitativa frequentemente apresentam as descobertas da pesquisa para os participantes/sujeitos da pesquisa. No presente estudo, apresentamos a síntese dos resultados para um grupo de 40 gerentes de UBS e quatro gerentes NASF.

Esta é uma importante etapa de validação dos resultados, capaz de envolver os participantes no processo de interpretação dos resultados da pesquisa. Durante as entrevistas individuais nas UBS a pesquisadora propôs esta etapa como parte do processo investigativo aos diversos entrevistados. Todos eles concordaram e comprometeram-se a participar.

Após a análise dos dados, refletimos (pesquisadora e orientadora) sobre a dificuldade de apresentar os resultados em conjunto para ambos os grupos de gerentes. Optamos por manter este formato pois assim teríamos também a oportunidade de ver a interação e possíveis conflitos.

Os gerentes participantes foram convidados a comentar a apresentação, confirmando ou negando a interpretação apresentada. A transcrição do que dissessem poderia motivar uma nova análise do material coletado. Esta informação foi claramente mencionada para os

gerentes participantes. A resposta dos participantes confirmou as interpretações da pesquisa. Houve comentários das gerentes NASF indicando melhora no processo de integração após as entrevistas feitas. A presença e a participação dos gerentes neste grupo evidenciaram o interesse dos envolvidos com o tema da pesquisa. O objetivo deste procedimento foi verificar a validade dos resultados e a acurácia de nossas interpretações.

5 Resultados

Seguindo os procedimentos da Análise Estrutural estabelecemos relações entre perguntas do roteiro e analisamos regularidades e diferenças de posicionamento em função de características dos entrevistados. De forma semelhante ao que se faz na apresentação de dados quantitativos, disponibilizamos os dados em formato estruturado: tabelas, gráficos e diagramas que vão fundamentar nossa discussão.

O sistema de codificação empregado valeu-se de categorias baseadas na literatura com adaptações e novas inclusões necessárias emergentes do material analisado. No Quadro 5 são apresentadas as categorias utilizadas para a codificação das ocorrências e constatações registradas nas entrevistas com gerentes de UBS e gerentes NASF:

Quadro 5 – Categorias e Módulos de Codificação

1) A visão dos gerentes da atenção primária (UBS e NASF) sobre a integração da Saúde Mental na Atenção Primária

2) Descrição das barreiras e facilitadores considerando os vários níveis registrados nos discursos:

- Contexto social
- Fatores organizacionais
- Contexto da atenção primária:
 - Da UBS
 - Do NASF

3) Avaliação da experiência de integração da SM na AT:

- O que funciona nas UBS
- O que não funciona nas UBS

4) Sugestões dos gerentes da atenção primária sobre a integração da SM na AP

O processo de Análise Estrutural permite, além da indexação de textos mostrada na tabela 3, a produção de tabelas de frequências dos códigos representativos das categorias estudadas mostrada na tabela 4. As categorias foram organizadas segundo características externas ao conteúdo dos textos, como revelam as demais tabelas utilizadas para análise.

5.1 Síntese dos resultados

A tabela 3 apresenta a indexação dos textos com o local que eles estão em cada uma das falas dos gerentes.

Tabela 3. Síntese da Codificação de Análise com suas Referências

		Gerente UBS							Gerente NASF			
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
A visão dos Gerentes	1. É importante	(1:1)	(3:1)	(3:1)		(1:1)					(1:1)	
	2. Existem muitos prob. de SM no território	(1:1)	(4:1)	(3:1),(10:2)		(1:1)	(1:1)			(1:1)		
	3. Trabalho complexo e difícil para o gestor	(10:2)		(9:2),(10:2),(10:2)	(29:8),(50:12),(51:12),(70:15)		(41:8)	(5:2),(58:11),,(94:19)	(37:8)			
	4. Trabalho pesado p/ ESF	(1:1),(24:4)						(1:1)				
	5. ESF não tem formação em SM	(1:1)			(41:10)							
	6. Gestores trabalham para que isso aconteça	(1:1)										
	7. Depende de duas partes:ESF e NASF	(11:2)						(6:2)				
	8. É um processo lento	(12:2),(24:4)		(3:1)	(70:15)		(1:1)	(2:1),(30:7)			(1:1)	
	9. Prática diferente da ideia		(1:1),(2:2)									
	10. Parte de um cuidado integral à pessoa				(44:11),(49:12),,(51:12),(59:13),,(66;14)		(1:1)	(2:1),(4:2),(35:6),(96:19)		(1:1)		
	11. Trabalha a percepção do profissional no processo de atendimento								(7:2)			
	12. Coordenador do NASF tem papel importante									(18:4)		
Barreiras	Do contexto social											
	1. Dificuldades de contar com a família no cuidado ao portador de transtorno mental		(6:2)				(1:1)					
	2. Pacientes muito medicados		(25:5)				(1:1)					
	3. Complexidade dos casos e do território						(4:2),(23:5)	(61:10),(70:12),,(74:13)	(36:8),(37:8),(39:8),(42:9),(43:9),(55:11),(56:11),(57:11),(58:11),(61:12)	(51:11)		
	4. Impotência						(4:2),(13:3)					
	Da organização dos serviços											
	1. Instabilidade dos parceiros	(31:5),(36:5)				(15:3)	(9:3)		(15:4),(79:15),,(80:16),(89:18)	(15:4),(17:4),(41:6)		
	2. Alta rotatividade dos profissionais das ESF				(19:6),(41:10),(57:13)	(14:3)	(22:5),(23:5)	(81:15),(82:15)		(8:2),(22:4),(40:6)		
	3. Rede de apoio insuficiente e despreparada para trabalhar no modelo		(4:1),(4:1),(5:1),(25:5),(49:8)	(21:4)			(1:1),(2:1),(5:2),(23:5)	(62:10),(63:10),	(51:10),(61:12),(69:13),(87:17)		(7:2),(7:2),(9:2),(52:8)	
	4. Desorganização da AP											
	5. As políticas para atenção primária não priorizam a saúde mental											
	6. Ausência de controle na qualidade da assistência prestada na AP											
	7. As políticas não se integram nas esferas municipal, estadual e federal						(30:6),(44:8)		(22:6)			
	Das ESF											
	1. Desconhecimento do papel do NASF	(9:2),(23:4)		(6:1)			(1:1),(23:5),(25:5)					
	2. Despreparo das ESF na área de SM (o profissional não é formado para trabalhar assim)	(9:2),(10:2),(24:4)	(4:1),(5:1),(7:2),(9:2),(10:2),,(11:2),(21:4),,(25:5),(39:6)	(10:2),(17:2),,(18:3)	(41:10)	(14:3)	(1:1),(6:2),,(48:9)		(1:1),(3:1),,(68:13)	(11:3)	(53:8)	
	3. Empurrômetro	(9:2)			(29:8)		(7:2)		(1:1),(7:2),(29:7)	(40:8)		
	4. Estigma			(10:2)					(63:12),(64:12)			
	5. Resistência: Profissionais discordam que é a AP que deve ficar com os casos de SM	(9:2),(10:2),,(10:2)	(38:6)		(29:8),(47:11)		(1:1),(2:1),(6:2),,(32:7)	(71:13)	(24:6)		(6:2),(51:8)	
	6. Os profissionais da ESF não reconhecem a importância dos casos de SM para ESF	(10:2)										
	7. O perfil do profissional da ESF	(11:2),(12:2),(23:4)			(20:6),(41:10),(47:11),(49:12)						(54:9),(55:9),(56:9)	
	8. Relações interpessoais problemáticas na ESF	(12:2)	(45:8),(49:8)		(41:10)				(62:12),(77:15)			
	9. Dificuldades pessoais com o tema SM		(5:1)	(10:2),(21:4)			(48:9)		(26:6)			
	10. Descrença na efetividade das ações na AP		(39:6)				(41:8)					
	11. Sobrecarga das ESF		(39:6),(49:8),(52:9)	(14:2)			(29:6),(31:6),(43:8),(44:8)			(3:1),(11:3)		
	12. Atribuições fora do alcance das ações de SM na AP							(73:13),(74:13)	(3:1),(20:5),(38:8),(47:9),(51:10),(70:14)			
	13. O processo de trabalho na saúde da família								(12:3),(37:8),,(37:8),(44:9),,(45:9),(46:9)			
	14. A visão do gerente da UBS								(24:6),(26:6),(37:8),(91:18)	(11:3)		
15. As equipes não refletem sobre a própria atuação												
Dos NASF												

Tabela 3. Síntese da Codificação de Análise com suas Referências (cont.)

	1. A postura do profissional do NASF		(42:7)				(65:13)			
	2. Profis. despreparado para trabalhar no modelo	(24:4)		„		(63:12)	(43:7),(45:8)	(64:12),(65:13)	(2:1),(3:1),(4:2),(10:3),(19:5),(21:4)	
	3. Profissionais despreparados para trabalhar em saúde mental								(49:10),(50:10)	(1:1),(11:3)
	4. Não enxerga e não conhece as necessidades da ESF	(24:4),(36:6)	(40:7)				(24:5)			(1:1)
	5. O processo de trabalho do NASF	(40:6)		(23:4)		(3:1),(4:1)	(7:2),(13:3),(14:3),(15:3),(19:4),(20:4),(21:4),(23:5),(24:5),(26:6),(27:6),(38:7),(44:8),(49:9),(50:9),(52:10),(58:11),(59:11),(59:11),(61:12),(62:12),(63:12),(64:13)	(32:5),(46:8),(47:8),		(36:7),(40:8),(41:9),(42:9),(1:1)
	6. Falta de psiquiatra			(3:1),(4:1),(5:1),(21:4)	(40:9)	(7:2)	(5:2)	(61:10),(62:10),(63:10)		(23:4),(25:4),(27:4),(28:5)
	7. Muitas equipes de SF para poucos NASF				(60:14)		(44:8)			(20:4)
	8. Dificuldades na relação interpessoal entre as equipes SF e NASF						(26:6),(39:8),(55:10),(65:13),(65:13),(66:13)		(67:13),(3:4),(1:2),(15:4),(15:4),(18:5),(19:5),(20:5),(24:6),(26:6),(29:7),(37:8),(81:16),(84:17),(85:17),(78:15),(79:15),(80:16),(20:5)	(40:8),(18:4),(19:5)
Facilitadores	Facilitadores do Contexto Social									
	1. Muitos casos de SM no território	(8:2)								
	2. Muitos casos sociais	(8:2)								
	3. A política de SM						(3:1)			(4:1)
	Facilitadores de Organização do Serviço									
	1. Disponibilidade da rede de apoio			(20:3)	(47:11)		(3:1)	(88:16),(89:16),(90:16)		(4:1),(5:2),(9:2)
	Facilitadores NASF									
	1. Perfil do profissional NASF	(19:3),(21:4),(25:4)							(10:3),(58:11)	
	2. Abertura para as necessidades da UBS	(34:5)			(49:12)					
	3. Participação do NASF nas atividades da ESF					(2:1)		(40:7)		
	4. Relação interpessoal positiva entre equipe NASF e ESF									(17:4)
	Facilitadores UBS									
	1. Apoio da gerência da UBS	(8:2)			(49:12)					
	2. Proximidade do usuário		(4:1)				(3:1)		(61:12)	(10:3)
	3. Abertura dos profissionais da UBS			(19:3)	(20:6),(41:10)					
	4. Visão integral da saúde				(47:11)				(5:2),(20:5)	
5. Perfil do profissional da UBS								(7:2),(11:3),(58:11),(73:14),(74:14)		
6. Realizar atendimentos conjuntos									(10:3)	
7. Relações interpessoais positivas na ESF				(47:11),(48:11),(50:12)						
8. Estabilidade na ESF							(79:14)			
Avaliação da Experiência de Integração	Avaliação análise									
	1. Processo	(41:6)	(35:6)	(3:1),(16:3)			(48:9)			
	2. Ruim	(41:6)	(37:6)	(18:3),(23:4),(31:5),(34:5),(35:6)	(67:14)	(27:5)	(48:9),(49:9),(57:11)		(94:19)	(49:8)
	3. Frustrou uma expectativa da ESF							(4:2)		
	4. Melhorando com o tempo	(41:6)	(35:6)				(47:9)	(64:10),(83:15)		(19:5)(39:6),(49:8)
	5. Funciona análise									
	O que a UBS se propõe a fazer	(27:5)								
	1. Atendimento compartilhado	(27:5),(29:5),(40:6)						(59:10),(60:10)		
	2. Discussões dos casos	(29:5)	(31:5)			(22:4)	(40:8)	(53:10)		
	3. Grupos da UBS	(27:5),(28:5)			(59:13)	(18:4),(19:4),(21:4)	(40:8)	(12:3),(13:3),(16:3),(53:9)		(30:6)
	i. Grupos de promoção de saúde	(26:4)		(34:5)						
	ii. Grupos de Idosos	(26:4)								
	4. Burocracia dos benefícios		(30:5)							
	5. Capacitação para ESF						(3:1)	(51:9),(53:3)		
	6. Articulação com a rede						(38:7)		(27:7)	(36:6),(37:6)
	7. Seguimento dos casos									(38:6)
Não funciona análise										
1. Demora nas respostas										

Tabela 3. Síntese da Codificação de Análise com suas Referências (cont.)

	i. Processo de trabalho					(26:5)					
	ii. Sobrecarga das ESF						(43:8)				
	iii. Rede de apoio				(68:14)						
	iv. Falta de agenda dos profissionais para atender demanda da equipe	(39:6)									
	v. Muito tempo fora da UBS	(39:6)									
	vi. Visitas domiciliares	(40:6)									
	2. Implementação do planejado		(31:15),(42:7)	(33:5)						(38:8)	
	3. Acompanhamento dos casos										(43:7),(45:7),(47:7),(48:8)
	4. A comunicação entre as pessoas e as equipes								(76:15)		
	5. Empurrômetro								(75:14)		(44:7),(45:7)
	6. Trabalhar com diversos parceiros da prefeitura em um mesmo serviço										(43:7)
Sugestões dos Gerentes	Sugestões dos gerentes análise										
	1. Mudar a organização do trabalho do NASF	(43:7),(47:7)					(49:9),(51:10)	(36:6)			
	2. Profissionais do NASF mais presentes na UBS	(44:7),(46:7),(47:7)						(41:7)			
	3. Capacitação em SM para ESF	(48:7)	(45:8),(47:8),(6:2)	(36:6)		(49:9)			(10:3),(11:3)	(53:11),(54:11),(55:11),(56:12)	(50:8),(52:8),(57:9)
	4. Criação de grupos de apoio a familiares		(6:2)								
	5. Cuidar da SM dos funcionários		(51:9),(52:9)								
	6. Criação de Grupo de SM nas UBS			(30:5),(36:6)		(29:5),(30:5)					
	7. Melhorar as relações interpessoais entre as equipes								(82:16),(83:16)	(18:4)	(59:9)

Tabela 4. Síntese das Frequências das Categorias de Análise.

		Gerentes UBS						Gerentes NASF			
		B(-)	C(-)	F(-)	A(+)	D(+)	E(+)	G(+)	H	I	J
A visão dos Gerentes	A visão dos Gerentes	4	7	4	10	11	2	11	2	3	2
	1. É importante	1	1		1		1				1
	2. Existem muitos prob. de SM no território	1	2	1	1		1			1	
	3. Trabalho complexo e difícil para o gestor		3	1	1	4		3	1		
	4. Trabalho pesado p/ ESF				2			1			
	5. ESF não tem formação em SM				1	1					
	6. Gestores trabalham para que isso aconteça				1						
	7. Depende de duas partes:ESF e NASF				1			1			
	8. É um processo lento		1	1	2	1		2			1
	9. Prática diferente da ideia	2									
	10. Parte de um cuidado integral à pessoa			1		5		4		1	
	11. Trabalha a percepção do profissional no processo de atendimento								1		
	12. Coordenador do NASF tem papel importante									1	
Barreiras	Do contexto social	2	0	6	0	0	0	3	10	1	0
	1. Dificuldades de contar com a família no cuidado ao portador de transtorno mental	1		1							
	2. Pacientes muito medicados	1		1							
	3. Complexidade dos casos e do território			2				3	10	1	
	4. Impotência			2							
	Da organização dos serviços	5	1	11	2	3	2	4	12	6	4
	1. Instabilidade dos parceiros			1	2		1		4	3	
	2. Alta rotatividade dos profissionais das ESF			2		3	1	2		3	
	3. Rede de apoio insuficiente e despreparada para trabalhar no modelo	5	1	4				2	4		4
	4. Desorganização da AP			2					1		
	5. As políticas para atenção primária não priorizam a saúde mental								1		
	6. Ausência de controle na qualidade da assistência prestada na AP								1		
	7. As políticas não se integram nas esferas municipal, estadual e federal			2					1		
	Das ESF	17	8	17	14	9	1	3	28	6	6
	1. Desconhecimento do papel do NASF		1	3	2						
	2. Despreparo das ESF na área de SM (o profissional não é formado para trabalhar assim)	9	3	3	3	1	1		3	1	1
	3. Empurrômetro			1	1	1			3	1	
	4. Estigma		1						2		
	5. Resistência: Profissionais discordam que é a AP que deve ficar com os casos de SM	1		4	3	2		1	1		2
	6. Os profissionais da ESF não reconhecem a importância dos casos de SM para ESF				1						
	7. O perfil do profissional da ESF				3	4					3
	8. Relações interpessoais problemáticas na ESF	2			1	1			2		
	9. Dificuldades pessoais com o tema SM	1	2	1					1		
	10. Descrença na efetividade das ações na AP	1		1							
	11. Sobrecarga das ESF	3	1	4							2
	12. Atribuições fora do alcance das ações de SM na AP							2	6		
	13. O processo de trabalho na saúde da família								6		
	14. A visão do gerente da UBS								4	1	
	15. As equipes não refletem sobre a própria atuação									1	
	Das NASF	2	5	35	4	2	4	8	27	15	1
	1. A postura do profissional do NASF	1		1							
	2. Profis. despreparado para trabalhar no modelo			2	1		1	2	6		
	3. Profissionais despreparados para trabalhar em saúde mental								2	2	
	4. Não enxerga e não conhece as necessidades da ESF	1		1	2					1	
	5. O processo de trabalho do NASF		1	23	1		2	3		5	
	6. Falta de psiquiatra		4	1			1	1	3		4
	7. Muitas equipes de SF para poucas NASF			1		1					1
	8. Dificuldades na relação interpessoal entre as equipes SF e NASF			6					19	3	
Facilitadores	Facilitadores do Contexto Social	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1
	1. Muitos casos de SM no território				1						
	2. Muitos casos sociais				1						
	3. A política de SM			1							1
	Facilitadores de Organização do Serviço	0	1	1	0	1	0	3	0	0	3
	1. Disponibilidade da rede de apoio		1	1		1		3			3
	Facilitadores NASF	0	0	0	4	1	1	1	2	1	0
	1. Perfil do profissional NASF				3				2		
	2. Abertura para as necessidades da UBS				1	1					
	3. Participação do NASF nas atividades da ESF						1	1			
	4. Relação interpessoal positiva entre NASF e ESF									1	
	Facilitadores UBS	1	1	1	1	7	0	1	8	2	0
	1. Apoio da gerência da UBS				1	1					
	2. Proximidade do usuário	1		1					1	1	
	3. Abertura dos profissionais da UBS		1			2					
	4. Visão integral da saúde					1			2		
	5. Perfil do profissional da UBS								5		
	6. Realizar atendimentos conjuntos									1	
	7. Relações interpessoais positivas na ESF					3					
	8. Estabilidade na ESF							1			
Avaliação da Experiência de Integração	Avaliação análise	3	7	5	3	1	1	3	1	1	3
	1. Processo	1	2	1	1						
	2. Ruim	1	5	3	1	1	1		1		1
	3. Frustrou uma expectativa da ESF							1			
	4. Melhorando com o tempo	1		1	1			2		1	2
	Funciona análise	2	1	4	9	1	4	9	1	1	3
	1. O que a UBS se propõe a fazer				1						
	2. Atendimento compartilhado				3			2			
	3. Discussões dos casos	1		1	1		1	1			
	4. Grupos da UBS			1	2	1	3	4		1	
	i. Grupos de promoção de saúde		1		1						
	ii. Grupos de Idosos				1						
	5. Burocracia dos benefícios	1									
	6. Capacitação para ESF			1				2			
	7. Articulação com a rede			1					1		2
	8. Seguimento dos casos										1
	Não funciona análise	2	1	1	3	1	1	0	2	1	7
	1. Demora nas respostas										
	i. Processo de trabalho						1				
	ii. Sobrecarga das ESF			1							
	iii. Rede de apoio					1					
	iv. Falta de agenda dos profissionais para atender demanda da equipe				1						
	v. Muito tempo fora da UBS				1						
	vi. Visitas domiciliares				1						
	2. Implementação do planejado	2	1							1	
	3. Acompanhamento dos casos										4
	4. A comunicação entre as pessoas e as equipes								1		
	5. Empurrômetro								1		2
	6. Trabalhar com diversos parceiros da prefeitura em um mesmo serviço										1
Sugestões dos Gerentes	Sugestões dos gerentes análise	6	3	3	6	0	2	2	4	5	4
	1. Mudar a organização do trabalho do NASF			2	2			1			
	2. Profissionais do NASF mais presentes na UBS				3			1			
	3. Capacitação em SM para ESF	3	1	1	1				2	4	3
	4. Criação de grupos de apoio a familiares	1									
	5. Cuidar da SM dos funcionários	2									
	6. Criação de Grupo de SM nas UBS		2				2				
	7. Melhorar as relações interpessoais entre equipes								2	1	1

A tabela 4 apresenta as frequências das categorias de análise. Nesta tabela a referência aos parágrafos citados na tabela 3 foi substituída por números absolutos, indicando o número de vezes que a categoria foi citada por cada sujeito. Por exemplo, na célula correspondente a visão dos gerentes “é um processo lento”/ sujeito A = (12:2) (24:4) foi substituído por 2. Isto significa o sujeito A mencionou duas vezes (frequência de aparecimento do código) durante a sua entrevista que a integração da saúde mental na estratégia saúde da família é um processo lento.

Ao analisarmos a frequência das categorias de análise estabelecemos a associação entre as categorias de análise e o grupo de origem dos comentários. Na figura 5 apresentamos, para cada uma das cinco categorias de análise, a frequência que os comentários foram emitidos pelos gerentes NASF (Sujeitos J, I, H), a frequência que foram emitidos pelos gerentes de UBS avaliadas como boa integração da SM e atenção primária (UBS +) e a frequência que foram emitidos pelos gerentes de UBS avaliadas como integração ruim (UBS –)

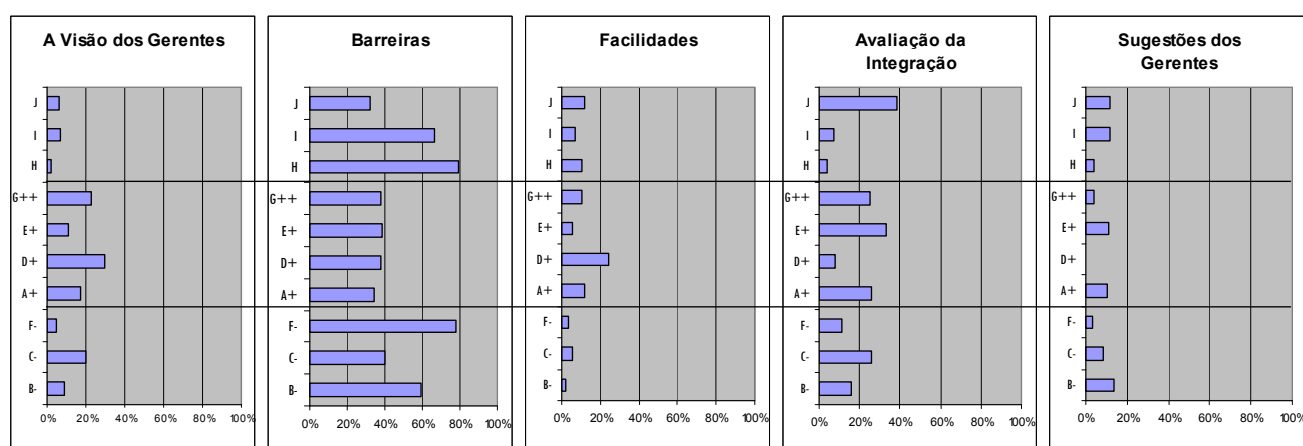


Figura 5. Frequência das categorias de análise de conteúdo das falas dos entrevistados.

A categoria mais comentada pelos três grupos são as Barreiras, e as que tiveram menos comentários são Avaliação da Integração e Sugestões dos Gerentes. Os gerentes das UBS+ comentaram mais as categorias “A visão dos gerentes”, “Facilidades” e “Avaliação da Integração”. Os gerentes NASF e os gerentes da UBS – comentaram mais sobre as barreiras.

5.2 Análise temática de conteúdo das entrevistas

A visão dos gerentes da atenção primária

Um primeiro resultado importante da análise das falas dos entrevistados é a constatação de que os gerentes reconhecem a importância da integração da saúde mental na estratégia saúde da família, sobretudo por identificarem que existem muitas pessoas com problemas de transtornos mentais no território:

Eu acho muito importante (...) até porque os problemas maiores das comunidades são relativos à saúde mental (A, 1:1). É fundamental ocorrer essa integração (...) os casos de saúde mental, além deles, enfim, serem os casos que mais são trazidos para discussão (J, 1:1)

Consideram este processo lento, complexo e difícil para o gestor, onde a teoria difere da prática, que oferece muitas resistências. Mesmo assim, trabalham para que a integração aconteça.

Acho que é uma coisa complexa, um processo pro gestor bastante lento, extremamente difícil (C, 9:2) (C, 10:2)... Um trabalho árduo, mesmo (A, 10:2). Que não é só arrumar o fluxo, não é como outras áreas, você tem que lidar com várias resistências (C, 10:2) As coisas não acontecem como a gente fala, (D, 51:12) A gente sempre trabalhou aqui nesse sentido pra realmente ter uma integração (A, 1:1)

Também consideram um trabalho difícil para as equipes de saúde da família que, muitas vezes é inexperiente e não tem nenhuma formação na área de saúde mental.

Por que trabalhar com saúde mental é muito difícil (A, 24:4) ...imagina um recém-formado, com toda a insegurança, de repente ter que dar conta das questões... (D, 41:10)

Percebem a saúde mental como parte do cuidado integral à pessoa.

A saúde mental ela tá dentro de uma potência integral (D, 66:14), permeia aí todas as linhas de cuidado. (F, 1:1)

Na visão dos gerentes o processo depende dos profissionais das UBS e profissionais do NASF.

Por que a integração ela se faz também dependendo das duas partes também. (A, 11:2) ... Das características dos profissionais de ambos os lados (G, 6:2)

O discurso dos gerentes NASF trás também, como parte importante da integração da saúde mental na estratégia saúde da família, a reflexão dos profissionais sobre o que sentiram e perceberam em si mesmos durante os atendimentos. Reconhecem a importância do papel de coordenação do NASF para esta integração.

*Como é que fomos ali naquele atendimento? Como é que a gente sentiu a história? Faz esse primeiro processamento rápido pra você poder fazer circular também aquilo que afetou, não ficar estagnado, se não cada um vai pra casa com aquele troço pendurado (H, 7:2)
Eu acho também que o coordenador NASF tem um papel importante (I, 18:4)*

A tabela 5 apresenta a visão dos gerentes da atenção primária sobre a integração da saúde mental na estratégia saúde da família. No discurso dos gerentes foi possível identificar 12 tópicos que descrevem suas visões sobre a integração da saúde mental na ESF.

Tabela 5. A visão dos gerentes da atenção primária

		Gerentes UBS						Gerentes NASF			
		B(-)	C(-)	F(-)	A(+)	D(+)	E(+)	G(+)	H	I	J
A visão dos Gerentes	A visão dos Gerentes	4	7	4	10	11	2	11	2	3	2
	1. É importante	1	1		1		1				1
	2. Existem muitos prob. de SM no território	1	2	1	1		1			1	
	3. Trabalho complexo e difícil para o gestor		3	1	1	4		3	1		
	4. Trabalho pesado p/ ESF				2			1			
	5. ESF não tem formação em SM				1	1					
	6. Gestores trabalham para que isso aconteça				1						
	7. Depende de duas partes:ESF e NASF				1			1			
	8. É um processo lento		1	1	2	1		2			1
	9. Prática diferente da ideia	2									
	10. Parte de um cuidado integral à pessoa			1		5		4		1	
	11. Trabalha a percepção do profissional no processo de atendimento								1		
12. Coordenador do NASF tem papel importante									1		

Em geral os gerentes consideram que a integração da SM na AP é importante. Os gerentes das UBS + e – enfatizaram que o processo de integração da SM na AP é lento, complexo e difícil para o gestor. Os gerentes das UBS + enfatizaram que a SM é parte de um cuidado integral à pessoa. Um gerente de UBS – mostrou que a implementação da ideia da integração da SM na AP é diferente na prática. Os tópicos 4 a 7 foram comentários feitos por gerentes de UBS +. Estes comentários foram expressos principalmente por um dos gestores que comenta que o a integração da SM é um trabalho pesado para os profissionais da AP e que estes não têm formação para este

cuidado. Apesar disso este mesmo gerente identifica que os gestores das UBS trabalham para que esta integração aconteça e que ela depende dos profissionais da ESF e dos profissionais do NASF. Nenhum gerente de UBS + e – comentou que os coordenadores do NASF têm papel importante na integração da SM na AP.

Barreiras à integração da saúde mental na ESF

Das categorias de análise, as barreiras à integração da SM na ESF foram as mais frequentes nas falas dos entrevistados, conforme indica a figura 6.

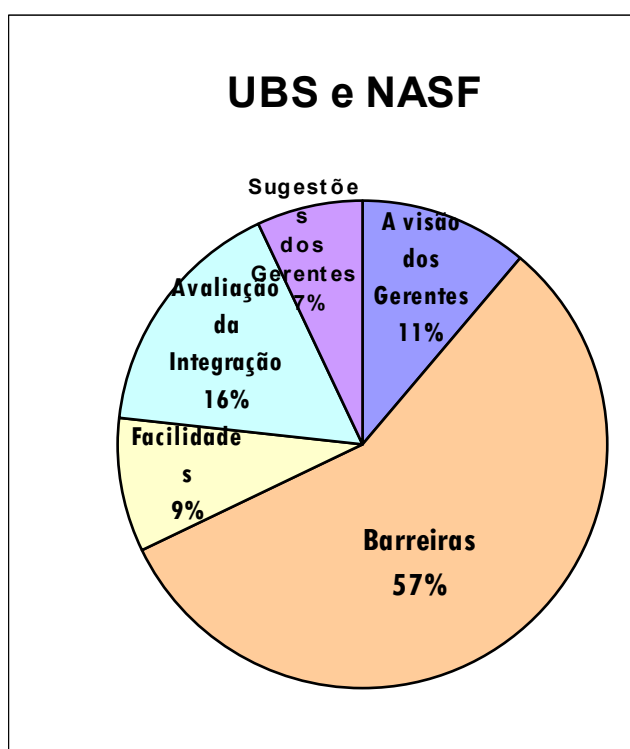


Figura 6. Frequência das categorias analisadas segundo todos os gerentes (UBS e NASF) entrevistados.

Este resultado ratifica a visão dos gerentes de que o processo é complexo e difícil. Ao estratificarmos a frequência de aparecimento da categoria “barreiras” de acordo com os diferentes grupos de entrevistados, observamos que esta permanece a categoria mais frequente, mesmo nas UBS avaliadas como sendo bem sucedidas na integração da SM na ESF (fig. 7).

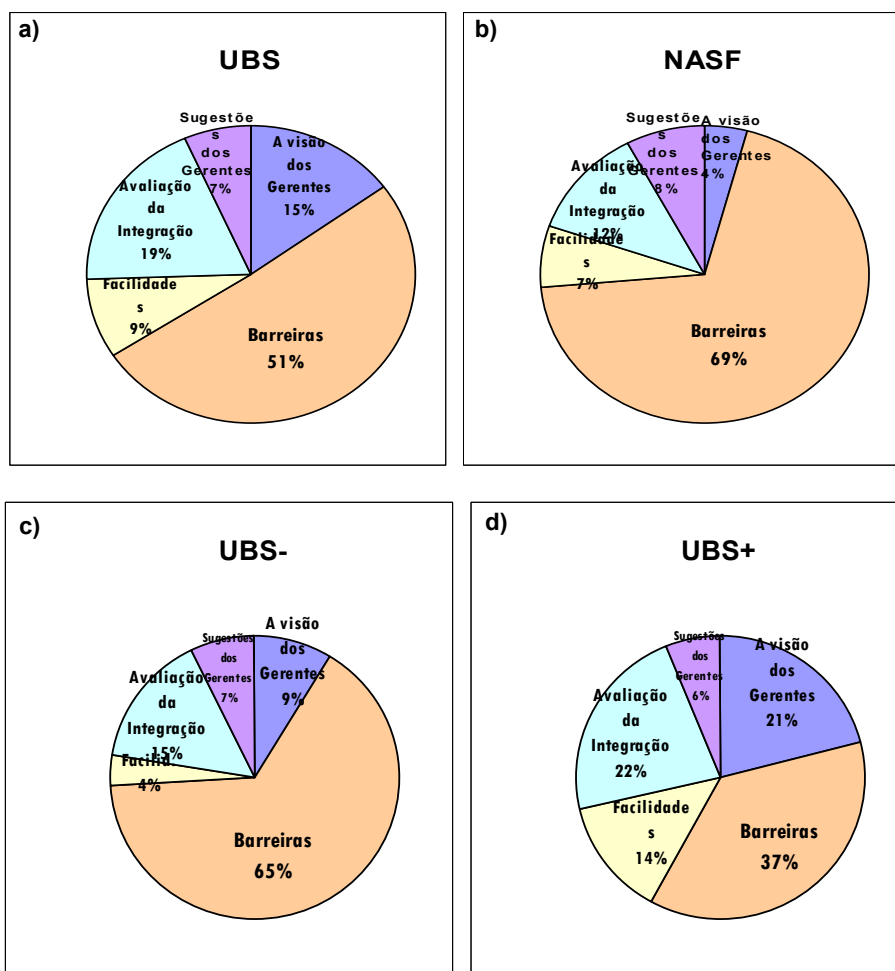


Figura 7. a) Frequência das categorias analisadas no discurso de gerentes de UBS; b) Frequência das categorias analisadas no discurso de gerentes NASF; c) Frequência das categorias analisadas no discurso de gerentes de UBS avaliadas como integração ruim (UBS-); d) Frequência das categorias analisadas no discurso de gerentes de UBS avaliadas como boa integração (UBS+).

Com o objetivo de compreendermos melhor esta categoria de análise dividimos a categoria barreiras em quatro módulos, englobando desde códigos referentes aos contextos social (território) e organização de serviços, até aqueles relacionados ao desempenho do profissional das equipes NASF e ESF, conforme ilustra o diagrama 1. Estes módulos emergiram da análise temática do conteúdo.

Diagrama 1. Barreiras à integração da saúde mental na saúde da família.



A tabela 6 apresenta as barreiras à integração da SM na ESF na percepção dos gerentes.

Tabela 6. Barreiras à integração da SM na ESF.

	Gerentes UBS							Gerentes NASF		
	B(-)	C(-)	F(-)	A(+)	D(+)	E(+)	G(+)	H	I	J
Do contexto social	2	0	6	0	0	0	3	10	1	0
1. Dificuldades de contar com a família no cuidado ao portador de transtorno mental	1		1							
2. Pacientes muito medicados	1		1							
3. Complexidade dos casos e do território			2				3	10	1	
4. Impotência			2							
Da organização dos serviços	5	1	11	2	3	2	4	12	6	4
1. Instabilidade dos parceiros			1	2		1		4	3	
2. Alta rotatividade dos profissionais das ESF			2		3	1	2		3	
3. Rede de apoio insuficiente e despreparada para trabalhar no modelo	5	1	4				2	4		4
4. Desorganização da AP			2					1		
5. As políticas para atenção primária não priorizam a saúde mental								1		
6. Ausência de controle na qualidade da assistência prestada na AP								1		
7. As políticas não se integram nas esferas municipal, estadual e federal			2					1		
Das ESF	17	8	17	14	9	1	3	28	6	6
1. Desconhecimento do papel do NASF		1	3	2						
2. Despreparo das ESF na área de SM (o profissional não é formado para trabalhar assim)	9	3	3	3	1	1		3	1	1
3. Empurrômetro			1	1	1			3	1	
4. Estigma		1						2		
5. Resistência: Profissionais discordam que é a AP que deve ficar com os casos de SM	1		4	3	2		1	1		2
6. Os profissionais da ESF não reconhecem a importância dos casos de SM para ESF				1						
7. O perfil do profissional da ESF				3	4					3
8. Relações interpessoais problemáticas na ESF	2			1	1			2		
9. Dificuldades pessoais com o tema SM	1	2	1					1		
10. Descrença na efetividade das ações na AP	1		1							
11. Sobrecarga das ESF	3	1	4						2	
12. Atribuições fora do alcance das ações de SM na AP						2		6		
13. O processo de trabalho na saúde da família								6		
14. A visão do gerente da UBS								4	1	
15. As equipes não refletem sobre a própria atuação									1	
Dos NASF	2	5	35	4	2	4	8	27	15	1
1. A postura do profissional do NASF	1		1							
2. Profis. despreparado para trabalhar no modelo			2	1		1	2	6		
3. Profissionais despreparados para trabalhar em saúde mental								2	2	
4. Não enxerga e não conhece as necessidades da ESF	1		1	2					1	
5. O processo de trabalho do NASF		1	23	1		2	3		5	
6. Falta de psiquiatra		4	1		1	1	3		4	
7. Muitas equipes de SF para poucos NASF			1		1					1
8. Dificuldades na relação interpessoal entre as equipes SF e NASF			6					19	3	

Barreiras do contexto social

O contexto social é visto como barreira à integração da SM na ESF. A complexidade dos casos no território e a alta prevalência de transtornos mentais aparece como barreira na visão dos gerentes NASF e dos gerentes UBS com avaliação negativa do processo de integração (UBS –). A

UBS com avaliação extremamente positiva, onde o generalista é o responsável pelos casos de saúde mental, também coloca a complexidade do território e a gravidade dos casos como barreira. Por outro lado, estes mesmos fatores (a complexidade dos casos e a alta prevalência de transtornos mentais no território) são considerados facilitadores para as UBS+.

Os gerentes das UBS – são os que apresentam o maior número de barreiras referentes ao contexto social. As barreiras apresentadas foram o território ser complexo, com muitos casos difíceis trazendo a sensação de impotência para a equipe.

O que pega não tem muito a ver com o NASF, tem a ver com a questão do território, na pobreza do território vamos dizer assim (G, 61:10)
A complexidade tá ali no território, não é na alucinação que o cara tem, entendeu? (H, 58:11)
Com alguns casos muito graves sendo acompanhados foi fazendo com que alguns profissionais recuassem, e achava que não ia dar conta (F, 13:3)

Além disso os pacientes do território vêm para a atenção primária já muito medicados, o que dificulta a ação do profissional de saúde da família que tem dificuldade no manejo de drogas psicotrópicas.

O paciente está muito medicado ou está impregnado (B; 25:5)

Os gerentes também mencionam a dificuldade de apoio familiar para o cuidado dos portadores de transtorno mental severo.

São pessoas que já vivem num nível de dependência de benefícios e tal que quando você tenta investir na família (...) é mais difícil (F, 1:1)
É muito difícil normalmente ter um na família que está preocupado (B, 6:2)

Barreiras da organização de serviços

A instabilidade das organizações parceiras da secretaria municipal de saúde e a alta rotatividade dos profissionais (principalmente médicos) nas equipes de saúde da família são fatores apontados pelos gerentes como barreiras à integração da SM na ESF.

Quando mudamos de parceiro começamos do zero, começamos tudo outra vez. (A, 31:5)
É uma necessidade de rotatividade, o médico, ele é mais ainda, porque eu to sempre iniciando, se fosse uma coisa mais contínua dessas pessoas, dentro desse processo, com certeza o avanço era outro. (D, 41:10)

Além disso os gerentes mostram uma rede de apoio insuficiente e despreparada para trabalhar no modelo atual da atenção primária.

A rede, assim, não dá suporte pra gente (B, 4:1).

Apontam ainda para uma desorganização da rede de atenção primária, e ausência de controle na qualidade prestada neste nível de atenção. Do ponto de vista da política de saúde, referem que as políticas não se integram nas esferas municipal, estadual e federal e, sobretudo não priorizam a saúde mental na atenção primária.

Barreiras NASF e ESF

A maior parte das barreiras foi localizada no funcionamento das equipes NASF e ESF (tabela 6). A falta de formação (despreparo) dos profissionais NASF e dos profissionais das UBS para lidar com a saúde mental na atenção primária foi apontada por praticamente todos os entrevistados. Exemplos desta falta de formação estariam nas falas dos gerentes das UBS sobre o perfil atual do profissional da EqSF e a postura do profissional do NASF, o processo de trabalho da EqSF e do NASF e o estigma dos profissionais da atenção primária em relação aos portadores de transtornos mentais. Um outro aspecto abordado foi a falta de definição de responsabilidades no cuidado à saúde mental. As falas representativas desta situação estavam aliadas a resistência dos trabalhadores a assumir o cuidado: alguns profissionais das EqSF discordam que é a AP que deve ficar com os casos de saúde mental. Esta indefinição quanto às responsabilidades piora as dificuldades na relação interpessoal entre as equipes ESF e NASF. Questões relativas ao volume de trabalho também foram citadas como barreiras: sobrecarga das EqSF, além de existirem muitas equipes de saúde da família para poucos NASF.

Os entrevistados enfatizam o problema da definição de responsabilidades e os vários encaminhamentos gerados: o “jogo de empurra-empurra” apelidado de “empurrômetro”.

Os pediatras da unidade bombardearam dizendo assim que essa conversa de ficar só matriciando só fazendo essas coisas não rolava, que eles precisavam de alguém que eles pudessem encaminhar, e atendesse efetivamente. Porque eles atendem efetivamente e os grupos que nos acolhem não atende efetivamente. Por que essa questão mesmo médico centrado na consulta, naquela questão. Mas que eu acho que a gente tem também uma tendência de alegar totalmente isso no atendimento específico, tem que ter isso, infelizmente a gente tá ainda patinando nisso (F, 7:2)

As pessoas tem uma rejeição inicial e quer transferir o paciente psiquiátrico (D, 29:8)

O caso é seu, não é do NASF, não é do psiquiatra, Não é do psicólogo. É da equipe da saúde da família, então muitos não entende. (A, 9:2)

A fala dos entrevistados torna visível a imprecisão das atribuições das funções: ninguém sabe o que é responsabilidade de quem. Muitas vezes porque os profissionais despreparados, relutam em assumir um papel mais direto no cuidado. Muitas vezes por tratarem-se de problemas que não se encaixam em diagnósticos clínicos ou psiquiátricos. Segundo os gerentes da atenção primária, os profissionais da ESF por não entenderem a finalidade do NASF, resistem às propostas de mudanças. Sobre a regulação de fluxo dos pacientes portadores de transtornos mentais, fica a questão: até onde as EqSF podem interferir sobre os encaminhamentos dados pelo NASF?

Mas acho que ainda temos resistência e isso eu não sei se a gente vai conseguir superar, a postura médica, eu tenho alguns médicos que não mudam de comportamento não é um facilitador desse processo de integração do trabalho. (D, 47:11)

Quanto ao papel do gerente, verificamos que o gerente da UBS ocupa um papel de mediador entre as propostas do NASF e o trabalho prático nas unidades. Os gerentes das UBS relatam que escutam os profissionais das EqSF e tentam negociar estratégias que viabilizem um novo modelo de trabalho.

Pra eles se integrarem ao NASF você precisa realmente batalhar bastante pra ele entender qual é o processo quais as diretrizes do NASF quais as diretrizes da saúde da família então é um trabalho árduo, mesmo (A, 10:2).

Aqui todo mundo é muito desintegrado, não existe uma união (B, 45:8)

É difícil entrar também na dinâmica do funcionário, porque pode aparecer coisas que não são legais, e até a XXX falou: a gente tem ir com muito tato. Com relação a isso, pode aparecer questões administrativas, de coisas, e a gente tem que saber um pouco canalizar. E por isso tem que ser uma pessoa que tem traquejo... (B, 49:8)

Chegou uma hora que nas minhas férias acabei fazendo coisas que não devia fazer, mas que deu problema porque acabava criando conflito com o paciente, com o colega, com não sei o que. (D, 41:10)

O gerente NASF, por sua vez, relata que fazia mediação de relações bastante conflituosas entre os trabalhadores NASF, o gerente da UBS e os trabalhadores da EqSF. Muitas vezes os gerentes NASF se referem à sua tarefa utilizando analogias com um campo de batalhas.

Então eles tinham um jeito de testar o profissional que está chegando pra dar bastante porrada pra ver se aguentava o tranco entendeu? Não, primeiro a gente bate depois assopra. Vai-te catar meu, então como é que você lida com essas coisas?- Se você não faz essa compreensão, você fica de saco cheio de falar, olha você é louco meu, tchau. Então é assim do que você ta querendo dizer, as relações humanas elas são muito complexas e quando você não tem facilidade em se olhar aí fica mais difícil ainda, porque só o outro que está errado (H, 77:15)

Fica pior ainda, fica pior. Fica uma briga de foice. Já teve gerente que botou o dedo na minha cara, e falou você não se meta na minha unidade. Então que integração você espera? Então você quer o quê? (H: 29:7)

Embora os gerentes mencionem que já aconteceram vários momentos de capacitação para as diretrizes do NASF, não houve momento específico para viabilizar a operacionalização dos princípios norteadores, para que de fato fosse implementada a política de integração da saúde mental nos cuidados primários.

Como trabalhar, mesmo, efetivamente pra mim é difícil não sinto segurança (B, 9:2)

Tem um livro, até um livro, mas eu não tenho segurança (B, 10:2)

Facilitadores à integração da saúde mental na ESF

As categorias de análise, “facilitadores” e “sugestões dos gerentes” foram as menos frequentes nas falas dos entrevistados, conforme indicado na tabela 4 e na figura 6. Os facilitadores foram menos frequentes na fala dos gerentes NASF e na fala dos gerentes das UBS avaliadas como integração ruim, conforme ilustrado nas figuras 6 e 7.

Com o objetivo de compreendermos melhor esta categoria de análise e fazer comparações com a categoria “barreiras”, dividimos a categoria “facilitadores” nos quatro módulos utilizados para subdivisão da categoria “barreiras”, conforme ilustrado no diagrama 1.

A tabela 7 resume os facilitadores da integração da SM na ESF.

Tabela 7. Facilitadores da integração da SM na ESF.

	Gerentes UBS							Gerentes NASF		
	B(-)	C(-)	F(-)	A(+)	D(+)	E(+)	G(+)	H	I	J
Facilitadores do Contexto Social	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1
1. Muitos casos de SM no território				1						
2. Muitos casos sociais				1						
3. A política de SM			1							1
Facilitadores de Organização do Serviço	0	1	1	0	1	0	3	0	0	3
1. Disponibilidade da rede de apoio		1	1		1		3			3
Facilitadores NASF	0	0	0	4	1	1	1	2	1	0
1. Perfil do profissional NASF				3				2		
2. Abertura para as necessidades da UBS				1	1					
3. Participação do NASF nas atividades da ESF						1	1			
4. Relação interpessoal positiva entre NASF e ESF									1	
Facilitadores UBS	1	1	1	1	7	0	1	8	2	0
1. Apoio da gerência da UBS				1	1					
2. Proximidade do usuário	1		1					1	1	
3. Abertura dos profissionais da UBS		1			2					
4. Visão integral da saúde					1			2		
5. Perfil do profissional da UBS								5		
6. Realizar atendimentos conjuntos									1	
7. Relações interpessoais positivas na ESF					3					
8. Estabilidade na ESF							1			

Alguns dos facilitadores citados também foram apresentados como barreiras, como por exemplo a complexidade e a alta quantidade dos casos no território.

O que facilita é a necessidade da própria equipe (...) A gente tem muito caso aqui de saúde mental (A, 8:2)

Então a gente tem muitos casos sociais, bastante. Então acho que isso facilita essa integração. (A, 8:2)

A política nacional de saúde mental também foi apontada como um facilitador tanto por gerente da UBS como por gerente NASF,

Então é, vem junto com essa questão da luta antimanicomial, essas coisas (F, 3:1)

Acho que tem uma política toda falando da importância da atenção primária apropriada a saúde mental. (J, 4:1).

A disponibilidade e a integração da rede de apoio fora do âmbito da atenção primária foram citadas por quase todos os entrevistados como um possível facilitador.

Então assim essa rede acaba facilitando porque também é assim a resolatividade mesmo pelo NASF bem integrado (D, 47:11)

É algo que vem sendo discutido pela Secretaria, pela parceira. (...). Mas acho que o que tem facilitado é essa discussão conjunta apesar da resistência de muitos profissionais (F, 3:1).

É uma postura da supervisão, ela favorece isso, está sendo muito legal a gente ir e discutir como é que a gente vai trabalhar rede. Um caso que não deu certo a gente pega como caso índice pra trabalhar em cima olha esse paciente ficou rodando, rodando a gente pega como índice pra cada um fazer uma meia culpa, mas não culpar o outro o que, que a gente poderia fazer pra melhorar a rede (G, 88:16)

O perfil dos profissionais NASF e dos profissionais das UBS e relacionamentos interpessoais positivos também foram vistos como facilitadores.

Eu tive uma experiência muito boa com psiquiatra proativo ele era um cara que participava muito não só das equipes da saúde da família mas da unidade como um todo de vir aqui fazer treinamento com todo mundo então depende também muito da pessoa (A, 19:3)

A gente precisa se aproximar, então o que facilita é a aproximação, mas quando a gente se dispõe a isso (H, 58:11)

Avaliação da integração da SM na AP

A tabela 8 apresenta a síntese da avaliação dos gerentes da atenção primária sobre a integração da SM na ESF.

Tabela 8. Avaliação dos gerentes sobre o processo de integração da SM na ESF.

		Gerentes UBS						Gerentes NASF			
		B(-)	C(-)	F(-)	A(+)	D(+)	E(+)	G(+)	H	I	J
Avaliação da Experiência de Integração	Avaliação	3	7	5	3	1	1	3	1	1	3
	1. Processo	1	2	1	1						
	2. Ruim	1	5	3	1	1	1		1		1
	3. Frustrou uma expectativa da ESF							1			
	4. Melhorando com o tempo	1		1	1			2		1	2
	Funciona	2	1	4	9	1	4	9	1	1	3
	1. O que a UBS se propõe a fazer				1						
	2. Atendimento compartilhado				3			2			
	3. Discussões dos casos	1		1	1		1	1			
	4. Grupos da UBS			1	2	1	3	4		1	
	i. Grupos de promoção de saúde		1		1						
	ii. Grupos de Idosos				1						
	5. Burocracia dos benefícios	1									
	6. Capacitação para ESF			1				2			
	7. Articulação com a rede			1					1		2
	8. Seguimento dos casos										1
	Não funciona	2	1	1	3	1	1	0	2	1	7
	1. Demora nas respostas										
	i. Processo de trabalho						1				
	ii. Sobrecarga das ESF			1							
	iii. Rede de apoio					1					
	iv. Falta de agenda dos profissionais para atender demanda da equipe				1						
	v. Muito tempo fora da UBS				1						
	vi. Visitas domiciliares				1						
	2. Implementação do planejado	2	1							1	
	3. Acompanhamento dos casos										4
	4. A comunicação entre as pessoas e as equipes								1		
	5. Empurrômetro								1		2
	6. Trabalhar com diversos parceiros da prefeitura em um mesmo serviço										1

A integração da SM na ESF atualmente é considerada ruim por quase todos os entrevistados, como ilustra a tabela 8. A exceção é dada pelos responsáveis (gerente UBS e gerente NASF) pela UBS escolhida por ser extremamente bem sucedida no processo de integração. Apesar da integração da SM na ESF ser considerada em geral ruim, muitos gerentes também afirmaram que este processo deverá melhorar com a tempo.

Nós estamos trabalhando muito com isso nas reuniões quando tem a presença do NASF pra integrar, porque eu ainda não consegui ter ainda uma integração boa aqui na minha unidade.
(A, 41:6)

Avalio ainda como um processo de melhora (B, 35:6)

Parte da avaliação ruim possivelmente deve-se a visão dos gerentes das UBS que o NASF inicialmente frustrou a expectativa das EqSF.

Então frustrava muito as equipes porque o pessoal queria uma solução imediata né? (G, 4:2)

Na tabela 8 também detalhamos as ações ou aspectos avaliados pelos gerentes (o que funciona e o que não funciona) no processo de integração da SM na AP.

Na percepção dos gerentes, para uma intervenção do NASF funcionar, a UBS precisa, antes de tudo, estar de acordo com implementação da intervenção. Ou seja, funciona o que a EqSF se propõe a fazer. Os gerentes das UBS + citaram várias intervenções que funcionam nas suas unidades (atendimento compartilhado, discussão dos casos, grupos das UBS). Algumas destas atividades também foram citadas pelos gerentes das UBS avaliadas como negativas. Os gerentes NASF avaliam como positiva a articulação com a rede de saúde.

A maioria das avaliações sobre o que não funciona reproduz ideias centrais da categoria barreiras (processo de trabalho, sobrecarga das ESF, rede de apoio insuficiente, dificuldade de comunicação entre as equipes, empurrômetro e a multiplicidade de parceiros da prefeitura). Na visão dos gerentes, o que não funciona principalmente é a demora nas respostas às solicitações da EqSF ao NASF. Esta demora é atribuída ao processo de trabalho do NASF, à sobrecarga das EqSF que muitas vezes não têm agenda disponível para as intervenções compartilhadas, às dificuldades que o NASF tem com a rede de apoio nos serviços secundários e terciários, e à falta de agenda dos profissionais do NASF para atender às demandas da EqSF. Os gerentes percebem a dificuldade de implementar o planejado com as EqSF.

Sugestão dos gerentes sobre o processo de integração da SM na atenção primária

A tabela 9 resume as sugestões dos gerentes.

Tabela 9. Sugestões dos gerentes

		Gerentes UBS						Gerentes NASF			
		B(-)	C(-)	F(-)	A(+)	D(+)	E(+)	G(+)	H	I	J
Sugestões dos Gerentes	Sugestões dos gerentes	6	3	3	6	0	2	2	4	5	4
	1. Mudar a organização do trabalho do NASF			2	2			1			
	2. Profissionais do NASF mais presentes na UBS				3			1			
	3. Capacitação em SM para ESF	3	1	1	1				2	4	3
	4. Criação de grupos de apoio a familiares	1									
	5. Cuidar da SM dos funcionários	2									
	6. Criação de Grupo de SM nas UBS		2				2				
	7. Melhorar as relações interpessoais entre equipes								2	1	1

Os gerentes das UBS sugerem mudanças no processo de trabalho do NASF.

Eu acho que esse formato a gente tem que modificar, eu acho que teria muito mais integração. Você conseguiria ter mais aproximação com os funcionários. (A, 47:7)

Não precisa ser tão engessado de que esse negócio aí da dupla, assim. (F, 51:10)

Mas eu acho que tem que mudar um pouquinho a questão do modelo do NASF de referência. (G, 36:6)

Os gerentes das UBS avaliadas como de integração ruim e os gerentes NASF sugerem fortemente a capacitação em SM para as EqSF.

Fazer uma oficina com os funcionários, porque muitas vezes, a gente fala assim: faz isso, não isso aqui é saúde mental, várias vezes, ta em fulano, meio que rotula (B, 45:8)

Se a gente conseguisse fazer um cronograma de educação permanente com os profissionais do NASF, que é um grande apoio, eles tem que saber, de uma certa forma. (F, 49:9)

Os gerentes NASF sugerem intervenções voltadas para melhorar as relações interpessoais entre as equipes NASF e da ESF.

Primeiro a gente tem que melhorar o relacionamento, gerente, apoiador, coordenador, apoiador da supervisão, apoiador da instituição da parceira (H, 82:16)

A gente precisa ter uma relação no mínimo mais amistosa para poder trabalhar que se o gerente não concorda a gente não vai conseguir (I, 18:4)

Acho que os profissionais do NASF precisam ser mais flexíveis na hora da conversa evitar o embate, você tem que fazer, tem que fazer e, a, equipe, saúde da família, ficava mais na defensiva, então tem que ir encontrando estratégias pra conseguir mesmo ser mais escutado a se integrar mais (J, 59:9).

6 Discussão

6.1 Resumo dos principais resultados do estudo

Os gerentes das UBS e os gerentes NASF reconhecem a importância da integração da Saúde Mental (SM) na Estratégia Saúde da Família (ESF). Entendem o papel da SM no cuidado integral à saúde e consideram esta uma dimensão fundamental no trabalho das equipes da atenção primária. Percebem o território e o contexto social como fatores que influenciam na saúde mental da população. Reforçam o rompimento com a superespecialização e as desvantagens da assistência hospitalocêntrica. Consideram que um cuidado integral à saúde é responsabilidade das duas equipes: ESF e NASF. Na sua experiência percebem que a capacidade de integração da SM na ESF ainda depende da disponibilidade do profissional, do seu perfil e da sua formação. Entendem que a atenção básica deve cuidar do sofrimento psicológico e dos transtornos mentais comuns, no entanto têm dúvidas quanto ao papel das EqSF no tratamento dos transtornos mentais severos. Os gerentes mostraram não ter clareza sobre como operacionalizar suas ideias e qual o escopo das intervenções da saúde mental na atenção primária.

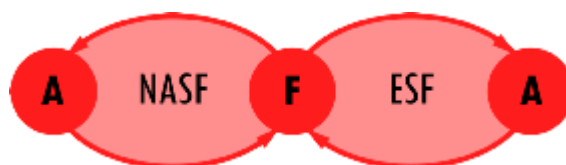
De uma maneira geral os gerentes da atenção primária percebem muito mais barreiras que facilitadores da integração da SM na ESF. Um aspecto relevante para propostas de intervenção está no fato de que a maior parte das barreiras foi localizada no funcionamento das duas equipes (NASF e ESF) e no perfil destes profissionais. A formação dos trabalhadores da EqSF também é considerada um obstáculo importante. Segundo os gerentes da atenção primária, a maioria dos médicos e enfermeiros atuantes na ESF não tem treinamento em medicina de família e não compreendem a importância da integração. Os gerentes das UBS e os gerentes NASF percebem que os profissionais da ESF acreditam que é o psiquiatra quem deve cuidar dos usuários portadores de transtornos mentais. Além disso, os gerentes apontam como barreira à integração da SM na ESF, as dificuldades pessoais dos profissionais da Saúde da Família em lidar com a temática da saúde mental. Nenhum dos gestores entrevistados em nosso estudo apontou a falta de recursos financeiros como uma barreira à integração da SM na ESF.

Uma das barreiras para integração da SM na AP enfatizadas pelos gerentes de UBS é a demora nas respostas às demandas da EqSF que atribuem principalmente ao processo de trabalho do NASF. Ressaltam o potencial pedagógico do apoio matricial (vide 67 e 68 para esclarecimentos), especialmente nos atendimentos compartilhados. Valorizam o apoio matricial como forma de capacitação das EqSF mas observam que, na prática, não ocorre um aumento de

resolubilidade das EqSF no cuidado aos portadores de transtornos mentais. Os entrevistados reconhecem a potencial capacidade de intervenção dos NASF mas reforçam a necessidade de uma rede de apoio secundário e terciário bem articulada e integrada para os casos mais graves.

O treinamento ou capacitação em saúde mental para as equipes da atenção primária foi fortemente sugerido pelos gerentes entrevistados. Na visão dos gerentes a **formação (F)** do profissional do NASF e da ESF é fator determinante na sua postura e **atitude (A)** profissional. A formação adequada também estimula e promove uma postura profissional mais receptiva às diversas estratégias de capacitação em serviço. A capacitação ou educação continuada em serviço teria o potencial de interferir na atitude dos profissionais, promovendo, por sua vez, uma postura adequada e o aperfeiçoamento de suas ações, conforme ilustramos no diagrama 2.

Diagrama 2. Formação (F) como fator determinante da Atitude (A) profissional.



O Quadro 6 apresenta um resumo dos desafios da integração da saúde mental na estratégia saúde da família na visão dos gerentes da atenção primária em São Paulo.

Quadro 6 – Desafios da Integração da Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família (visão dos gerentes).

- Preocupações sobre a competência das equipes da atenção primária em proporcionar um cuidado de qualidade neste nível de atenção
- Atitudes negativas das equipes de saúde da família frente aos problemas de saúde mental
- Dificuldades em implementar e manter estratégias de educação em serviço
- Contradições no estabelecimento de prioridades para o cuidado na atenção primária
- Insuficiente rede intersetorial: a rede da saúde não tem uma integração eficiente com a rede de assistência social, educação, trabalho, direitos humanos e moradia
- Insuficiente engajamento da comunidade

6.2 Aspectos metodológicos

Estudos sobre organização de serviço, avaliação de políticas e sistemas de saúde mental são fortemente recomendados para avaliar e desenvolver o novo modelo de atenção à saúde mental no Brasil (Mateus et al, 2008). Nesse contexto, pesquisas de avaliação focadas no processo de implantação, por meio de abordagens exploratórias e semi-estruturadas, são imprescindíveis para produzir informações relevantes e úteis para aperfeiçoar a ação pública (Jannuzzi, 2011). Estes desafios estão em consonância com a agenda internacional sobre a integração da Saúde Mental na AP que recomenda pesquisa em COMO a política de integração da saúde mental na AP é implementada e COMO as intervenções são aplicadas (Cohen, 2001; WHO-WHONCA, 2008). A literatura recomenda ainda pesquisas que demonstrem o desenvolvimento de modelos de integração da saúde mental aos cuidados primários apropriados a contextos específicos com avaliação rigorosa, isto é, intervenções específicas para contextos específicos (Eisenberg, 2000; Cohen, 2001; Patel & Cohen, 2003).

Este trabalho investiga a implementação dos NASF, trata-se portanto de uma pesquisa de implementação. A “Pesquisa de Implementação” é utilizada na área de políticas e programas sociais e se preocupa em responder perguntas sobre “O que está acontecendo?": no projeto, na implementação, administração, operacionalização, serviços e avaliação de resultados. Também trata de questões como “Os resultados encontrados são esperados ou desejados?” e “ Porque tal situação acontece de tal forma?” A pesquisa de implementação é a subárea da pesquisa em sistemas de saúde que enfoca a compreensão de como promover a implementação bem-sucedida de políticas e das intervenções baseadas em evidências identificadas em revisões sistemáticas (Sanders, 2006). As entrevistas com gerentes da atenção primária demonstraram o potencial de informações disponível nessa fonte para se conhecer melhor os processos de implementação de programas públicos.

O estudo demonstrou que a Análise Estrutural (AE) é uma ferramenta complementar às técnicas discursivas na análise de entrevistas e dados qualitativos quando abordamos a implementação de serviços de saúde mental. Quanto à metodologia utilizada para análise dos dados ponderamos sobre a utilização de programas computacionais de análise (*softwares*). O advento dos *softwares* para análise de conteúdo entusiasmou alguns pesquisadores, e existem diversos tipos de análises com auxílio de computador para materiais textuais (Bauer & Gaskell, 2000; Flick, 2009; Hays & Singh, 2012). Estes pacotes de *software* são instrumentos para automatizar tarefas de organização e arquivamento de textos. Sendo assim, constituem uma

ferramenta para tratamento e arquivamento de dados, mas não são instrumentos para análise de dados no contexto deste trabalho. É consenso entre os diversos autores que programas computacionais ainda são incapazes de substituir o processo de codificação humano. A análise de conteúdo permanece um ato de interpretação, cujas regras ainda não podem ser pragmaticamente implementadas por um computador. O codificador humano é capaz de fazer julgamentos complicados rápida e fidedignamente (Flick, 2009; Hays & Singh, 2012). Considerando os recursos disponíveis e o desenho do estudo, optamos aqui pela análise manual dos dados.

O estudo teve como base o conhecimento teórico e apoiou-se em interesse pragmático de investigação: a pesquisa sobre a estratégia de implementação da integração da saúde mental na estratégia saúde da família. Neste contexto a AE foi útil e produziu resultados elucidativos, colaborando na compreensão das falas dos sujeitos analisados.

Se de um lado pesquisas qualitativas com amostras intencionais permitem conhecimento exploratório importante, por outro lado apresentam limitações na generalização de resultados. Além disso uma limitação importante da metodologia utilizada neste estudo (a análise de conteúdo) é a inferência de intenções ou compreensões a partir unicamente do material transcrito no texto. As intenções e a recepção são características da situação comunicativa e não dependem apenas do texto: elas são co-determinadas por variáveis situacionais. Os textos são abertos para diferentes leituras. A análise de conteúdo mapeia o espaço das leituras e das intenções, descrevendo tendências, e não a situação concreta do objeto de estudo.

6.3 Interpretação dos resultados com base na literatura

Discutiremos a seguir as categorias que emergiram da análise temática de conteúdo comparando os resultados obtidos com outros estudos. Abordaremos inicialmente a visão dos gerentes da AP (gerentes de UBS e gerentes NASF) sobre a integração da SM na ESF, a seguir discutiremos barreiras e facilitadores da integração da SM na AP e posteriormente trataremos da avaliação da experiência da implantação dos NASF tendo como base a percepção dos gerentes sobre o que funciona e o que não funciona no processo de integração da SM na ESF.

6.3.1 A visão dos gerentes sobre a integração da saúde mental na ESF

Existe uma grande diversidade de interpretação sobre o que significa, de fato, integrar a saúde mental na atenção primária (Hanlon, 2010; Semrau et al., 2011). Em alguns países os profissionais não aceitam completamente a ideia de que o cuidado em saúde mental deva ser

oferecido nos serviços de atenção primária, especialmente não aceitam que deva ser oferecido pelos trabalhadores generalistas que atuam na atenção primária. Nestas situações muitas vezes os profissionais declaram-se a favor de políticas de integração da SM na AP, mas os programas não se implementam de maneira efetiva (Sartorius et al, 1999).

A dissociação entre a saúde mental e a saúde no sentido mais amplo é descrita nas práticas dos serviços no Brasil, e também é referida em vários documentos nacionais e internacionais de saúde que abordam a necessidade de integração da SM na AP (WHO, 2001; Silveira, 2012). Alguns autores apontam que persiste no Brasil a visão de uma prática clínica não integrada, pouco ampliada, em detrimento de uma clínica em que, efetivamente, a interdisciplinaridade está colocada. Segundo estes autores os profissionais da AP no Brasil acreditam que a SM seja da alçada dos serviços especializados, sem considerarem que alguma assistência possa ser prestada no âmbito da AP (Domitti, 2006; Vannuchi, 2011; Silveira, 2012). Por outro lado os achados de Nunes et al (2007) descrevem uma busca por parte de alguns profissionais da AP no Brasil em reduzir a distância existente entre problemas da mente e problemas do corpo, embora a prática permaneça fragmentada.

Os resultados de nosso estudo são distintos. Um dos aspectos relevantes desta pesquisa aponta para uma tentativa de aproximação do modelo de atenção à saúde proposto pela ESF à lógica da integração da SM na AP. A visão dos gerentes entrevistados expressa uma perspectiva de integralidade da assistência, diferente do observado em estudos anteriores (Domitti, 2006; Vannuchi, 2011, Silveira, 2012). Apesar de reconhecerem as dificuldades operacionais na ESF para integrar a SM em sua prática, nenhum dos entrevistados mostrou-se desfavorável à integração da SM na ESF; ao contrário, os gerentes da AP reforçam o potencial positivo do cuidado integral à saúde e consideram esta uma dimensão fundamental no trabalho das equipes da atenção primária.

6.3.2 Barreiras e facilitadores da integração da saúde mental na atenção primária

No final dos anos 50, o psiquiatra Michael Shepperd encontrou uma elevada prevalência de transtornos mentais e identificou uma série de dificuldades nos cuidados de saúde mental nos serviços da nascente Atenção Primária inglesa (Shepperd et al., 1966). Algumas dessas dificuldades estavam relacionadas à organização dos serviços de saúde. Para vencê-las, segundo Shepperd e seus colegas (1966) seria necessário: diminuir o número de casos acompanhados pelos generalistas, para que eles pudessem aumentar seu tempo de consulta; formar equipes múlti profissionais nos centros de saúde, contando com psicólogos e assistentes sociais; e integrar os

serviços de saúde com outros setores, principalmente os serviços sociais. A pesquisa também identificou dificuldades relacionadas à concepção que os generalistas tinham de seu próprio papel. Os médicos ingleses não entendiam que era sua responsabilidade cuidar da saúde mental de seus pacientes. Para a grande maioria deles, cuidar da saúde mental de seus pacientes nunca estivera entre as razões para escolherem a profissão médica. Shepperd et al. (1966) também argumentam que a passagem pelas escolas médicas quase nada fizera para motivar e capacitar os médicos para esta função. Nosso estudo demonstrou que as dificuldades na integração da saúde mental na Atenção Primária descritas na Inglaterra em 1966 ainda aparecem em São Paulo nos dias de hoje.

Os resultados encontrados nesta pesquisa também confirmam a avaliação de Sartorius (1999) que coloca os fatores de domínio pessoal como os limitadores mais importantes da integração da SM na AP. O autor analisou os motivos que justificariam a lenta introdução dos componentes da saúde mental na atenção primária e considerou que os fatores de domínio pessoal são indiscutivelmente os mais importantes e mais difíceis de gerenciar neste processo. São incluídos nos fatores pessoais as atitudes e outras características pessoais dos principais atores envolvidos do processo do cuidado: o paciente, a família, o profissional de ajuda e os formuladores das políticas de saúde (Sartorius, 1999) .

O medo de uma possível discriminação por ser reconhecido como portador de transtorno mental em um serviço próximo à residência e a incerteza sobre as competências do generalista no tratamento de problemas mentais são citados como as principais barreiras pessoais no grupo de pacientes e familiares. As razões pessoais que levam os profissionais da AP a relutarem em cuidar do portador de transtorno mental geralmente relacionam-se à falta de formação adequada e às condições de trabalho oferecidas. Em muitos países as longas horas de trabalho, ausência de plano de carreira, excesso de demanda administrativa e o sofrimento psicológico são fatores que desmotivam o trabalhador para assumir a responsabilidade de cuidar da saúde mental dos usuários do serviço de AP. Fatores semelhantes também influenciam os responsáveis pela implementação de políticas públicas em relutarem a tomar medidas efetivas para a integração da SM na AP. (Sartorius, 1999).

No processo de integração da saúde mental nos cuidados primários, o Brasil enfrenta barreiras semelhantes às encontradas nos diversos países que possuem um sistema de saúde organizado: agendas lotadas dos generalistas, pouco tempo para as consultas e limites na integração dos níveis de serviço (secundário e terciário). Estes níveis de atenção, por não estarem completamente integrados, muitas vezes apresentam rivalidades e duplicações de funções entre

seus atores (Murthy et al., 1983; Thornicroft et al., 2008; Silveira, 2012). Na ausência de descrições detalhadas de processos bem sucedidos, os NASF têm utilizado estratégias distintas em sua implantação.

Os resultados deste estudo assemelham-se aos encontrados em estudos sobre a integração da saúde mental em cuidados primários em países africanos, descritos por Hanlon et al. (2010). Na visão dos trabalhadores africanos, o treinamento em saúde mental é inadequado, e as atitudes necessárias a este novo papel para os generalistas aumenta o estresse no trabalho. O discurso dos gerentes das UBS também expressou o sofrimento, angústia e receio dos trabalhadores da ESF ao assumirem a responsabilidade pelo cuidado dos casos de transtorno mental. Os entrevistados consideram que a formação do profissional que atua na atenção primária é falha para avaliar, diagnosticar e tratar os transtornos mentais e que este é um obstáculo importante à integração da SM na atenção primária.

Hanlon et al. (2010) descreveram que 84% dos entrevistados na pesquisa sobre a integração da SM na AP africana disseram que este cuidado deveria ser de responsabilidade do especialista, e que o apoio da rede secundária e terciária é de extrema importância. Descreveram também uma atitude negativa em relação aos cuidados destes pacientes e 62% referiram ter muito trabalho e poucos funcionários para a função. 79% relataram que a atenção primária se restringia a tratar com medicamentos os pacientes portadores de transtorno mental, embora reconhecessem a necessidade de cuidados psicossociais que, segundo eles, na prática não aconteciam. No Brasil, o SUS vive um momento de reconhecimento da realidade nacional frente às necessidades de carga horária de trabalho diário dos profissionais das equipes de saúde da família. À semelhança dos países africanos, a agenda do profissional da atenção primária em São Paulo é lotada, o que dificulta a integração dos pacientes da saúde mental neste nível de cuidado. No entanto, diferente do que ocorre na África, na cidade de São Paulo superaram-se algumas barreiras à integração da saúde mental nos cuidados primários: a disponibilidade de medicações psicotrópicas nas farmácias das UBS é estável, sem custos para os usuários e existem profissionais especialistas em número suficiente, se comparados às regiões e países com menos recursos.

A literatura traz ainda o componente “poucos recursos” como uma barreira importante à implantação da SM na Atenção Primária (Fisher et al., 2007). Segundo Fisher et al. (2007) os objetivos da política podem não ser compatíveis com os recursos disponíveis ou os recursos podem ser insuficientes para dar apoio à política. Apesar destas observações, nenhum dos gestores entrevistados em nosso estudo apontou a falta de recursos como uma barreira. O

financiamento da atenção primária no Brasil vem sofrendo decréscimo nos últimos anos, mas o subfinanciamento não é visto como barreira. Os salários pagos às equipes NASF são compatíveis e muitas vezes superiores aos salários pagos às respectivas categorias profissionais pela iniciativa privada. É possível que este seja um dos motivos pelos quais os gerentes da AP não apontaram a falta de recursos como barreira.

Na cidade de São Paulo, os serviços especializados para o tratamento dos transtornos mentais são escassos e localizados muitas vezes em áreas centrais da cidade: os hospitais e unidades de atendimento ligados ao ensino médico, por exemplo. Em um sistema público com poucos recursos destinados à saúde mental, a transferência de recursos da atenção hospitalar para a assistência ambulatorial pode levar a um grave quadro de escassez e barreiras de acesso a níveis de atenção de maior complexidade (Ribeiro & Inglez-Dias, 2011).

O trabalho multidisciplinar

Os gerentes das UBS consideram a formação dos profissionais do NASF falha em todos os componentes da equipe, dos gestores aos técnicos. Os profissionais do NASF, de uma maneira geral, não são considerados preparados para desenvolver um trabalho colaborativo pelos gerentes de UBS. Segundo estes gerentes muitos profissionais NASF apresentam dificuldade em compreender e aceitar as necessidades das Equipes de Saúde da família.

Por outro lado, um dos aspectos importantes no discurso dos gerentes NASF revela uma propensão a atribuir às EqSF a responsabilidade pelas dificuldades em realizar a integração. Este resultado confirma a primeira e única avaliação realizada sobre o apoio matricial, em um estudo feito em Campinas, publicado em 2009, após a implantação do NASF no território nacional (Figueiredo e Campos, 2009). Ao descreverem a visão dos trabalhadores da equipe de saúde mental (que apoiavam as equipes da ESF) as autoras relatam: “...A tendência em transferir, para as equipes de referência, a responsabilidade pelas dificuldades em realizar o Apoio Matricial. Ou porque essas equipes teriam resistência em trabalhar com o que não é medicamentoso ou porque representam o apoio como uma imposição da gestão. Há pouco reconhecimento sobre sua própria dificuldade de compreender a proposta, assumir o papel de apoiadores e compartilhar seu saber” (Figueiredo & Campos, 2009).

Um elemento importante para a efetividade e sustentabilidade das ações em saúde mental nos cuidados primários é o trabalho multidisciplinar (Semrau et al., 2011). Em encontro de avaliação dos NASF da região centro-oeste da cidade de São Paulo, realizado em junho de 2010,

os membros das equipes apontaram como principal desafio para a implantação dos NASF o estabelecimento de estratégias e prioridades para a construção do trabalho interdisciplinar nos cuidados primários. A inserção de equipes multidisciplinares em um campo complexo de intervenções, já sobrecarregado de trabalho, quase nunca é uma tarefa simples e tem promovido um desgaste significativo das relações interpessoais entre os trabalhadores da AP em São Paulo.

O trabalho interdisciplinar constitui-se em um processo complexo com interações técnicas e sociais (Diléllo et al., 2012). Muitas vezes o psiquiatra não apoia a ideia de que o tratamento do transtorno mental seja feito por profissionais da AP (Sartorius, 1999). A baixa incorporação de especialistas para lidar com pacientes graves pode ameaçar a sustentabilidade do modelo de atenção à saúde praticado pelo SUS (Ribeiro & Inglês-Dias, 2011). No presente estudo, observamos que a presença do especialista por si só pode não resultar em uma boa integração da SM na AP. A única experiência avaliada como boa na integração da SM na ESF foi aquela da UBS que não possuía psiquiatra na equipe NASF. Esta UBS contava com um médico generalista, bem formado, com muitos anos de experiência naquele território, que assumiu para si o grupo de cuidado à saúde mental. Por outro lado, as UBS com avaliações negativas tinham psiquiatras em seus NASF. Essa constatação surpreende e provoca uma reflexão sobre a inserção e o papel do psiquiatra na assistência em Saúde Mental nos NASF.

E simplesmente a psiquiatra (NASF) levantou e levou o paciente para uma sala pra conversar sozinha com ele, e esqueceu a enfermeira, esqueceu o dentista e fez. Então já começa por aí, o atendimento tem que ser individual eu com ele. Do que estamos falando? Que, que é um atendimento compartilhado? O que, que a gente compartilha? Esse cara não precisa de outros vínculos são só comigo. (H, 64:12)

Nas falas dos entrevistados constatamos que muitas vezes o psiquiatra faz parecer que o generalista e a equipe não são nem serão capazes de tratar os pacientes portadores de transtorno mental. Às vezes o psiquiatra retira o paciente da equipe, preferindo fazer consultas reservadas, acreditando estar trabalhando em prol do sigilo médico e da ética. A confidencialidade das informações trocadas sobre os pacientes é mencionada como um obstáculo ético à implementação do Apoio Matricial (Campos & Domitti, 2007). Vannuchi (2011) menciona o despreparo dos psiquiatras para trabalhar com o modelo do apoio matricial e atribui esta dificuldade ao fato de que a formação do profissional não contempla este tema.

Estigma

Transtornos mentais são estigmatizados em muitas culturas apesar dos esforços das organizações internacionais para mudar esta situação (Weiss et al., 2001). O estigma não se limita ao transtorno ao portador do transtorno mental. Ele se estende à família, às medicações utilizadas, às instituições onde as pessoas recebem tratamento e aos trabalhadores da saúde mental (Sartorius, 1999). O preconceito resulta em estigma que leva à discriminação (Ito et al., 2012). A presença de leis e políticas que garantam os direitos humanos aos portadores de transtornos mentais não são suficientes para garantir acesso ao melhor cuidado (Irmansyah et al., 2009).

Um dos motivos importantes da integração da SM na AP seria proporcionar para os usuários uma situação de tratamento menos estigmatizante (Thornicroft, 2006). Nosso estudo revela, como indica o exemplo abaixo, que as EqSF também apresentam estigma em relação aos portadores e ao tratamento dos transtornos mentais.

Não dá para dizer uma coisa só (falando sobre as barreiras), tem os tabus, tem os estigmas da saúde mental (C, 10:2)

O envolvimento da família

As relações familiares são muito importantes na sociedade brasileira e a família na maior parte das vezes assume o cuidado dos doentes. Isto também ocorre com o portador de transtorno mental. No Brasil, a internação involuntária é permitida pela lei desde que com o consentimento de um familiar. No entanto, de maneira semelhante à descrição dos países asiáticos (Ito et al., 2012), devido ao escasso conhecimento sobre a doença mental e à dificuldade de acesso ao tratamento adequado, atitudes negativas da família são frequentes e afastam o doente do cuidado necessário. Sendo a família um elemento importante e necessário para a continuidade dos cuidados, os gerentes consideram que as EqSF necessitam de intervenções psicossociais que incluam a estrutura familiar.

Quando você só trata do indivíduo medicalizando é uma coisa, agora quando você estende esse cuidado pra família também é difícil pras equipes, porque elas acham que estão pouco instrumentalizadas e certas que aquilo realmente faz parte que não é uma especialidade e sim faz parte desse cuidado da família (F, 1:1)

Por outro lado, como existe uma renda vitalícia assegurada pelo governo brasileiro aos portadores de transtorno mental severo, muitas pessoas com transtorno mental são abandonadas sem tratamento dentro das próprias moradias, para que as famílias possam desfrutar desta renda. Em nosso estudo evidenciamos relatos nas entrevistas com gestores e técnicos que nos revelaram

a presença de portadores de transtorno mental severo mantidos em cárcere privado, em condições desumanas de existência. Desta maneira, a percepção dos gerentes é que muitas vezes a família se mantém graças ao suporte financeiro do poder público e por este motivo afasta este usuário do serviço de saúde.

Estratégias para integração da SM na AP: o modelo de trabalho do NASF

A forma como o trabalho se organiza nos serviços de saúde mental na AP determina diferentes desafios aos trabalhadores (Santos et al., 2007). Os resultados deste estudo confirmam a literatura demonstrando que adicionar profissionais de saúde mental às equipes de saúde da família altera relações interprofissionais e interpessoais de maneiras ainda pouco compreendidas (Bower & Sibbad, 2000; Banks & Gask, 2008). Uma revisão recente sobre inovação em serviços de saúde mental não identificou qualquer estratégia efetiva generalizável para mudanças na cultura organizacional (Brooks et al., 2011).

A aproximação do especialista em saúde mental dos serviços da atenção primária é descrita nas três últimas décadas como possivelmente estruturada em três diferentes modelos: 1) o modelo de substituição, 2) o modelo de encaminhamento progressivo e 3) o modelo de interconsulta ou de ligação. No modelo de substituição o psiquiatra substitui o generalista no primeiro contato para os pacientes portadores de transtorno mental, como por exemplo nos Centros de Saúde Comunitária nos Estados Unidos. No modelo de encaminhamento progressivo o generalista é encorajado a referir números crescentes de casos para serviços especializados. No modelo de interconsulta o psiquiatra se desloca do contexto hospitalar para a prática na atenção primária, neste modelo existe uma forte ligação entre a equipe de saúde mental e a equipe da atenção primária. Os dois primeiros modelos não são considerados adequados a países de baixa e média renda por não existirem serviços especializados em número suficiente (Thornicroft & Tansella, 1999)

Gask et al. (1997) definiram um modelo puro de interconsulta ou ligação como aquele que apresenta quatro componentes: 1) encontros regulares face a face entre o psiquiatra e a equipe de AP, 2) a referência dos pacientes ocorre somente após a discussão nestes encontros, 3) o manejo de alguns casos é feito apenas pela equipe da AP após a discussão com o psiquiatra, 4) a contra referência é feita pelo psiquiatra após avaliação com recomendações para o tratamento e manejo do caso que será seguido pela equipe da AP (Gask et al., 1997).

O modelo de trabalho do NASF enquadra-se no modelo de interconsulta ou ligação e foi intensa e extensamente criticado pelos gerentes das UBS, principalmente pela forma de inserção

dos profissionais na UBS. O modelo NASF de trabalho se apoia em um arranjo organizacional denominado “Apoio Matricial na Área de Saúde Mental”. O apoio matricial foi criado por Gastão Campos (1999) com o objetivo de ampliar a resolutividade das ações da atenção primária. Desta forma o modelo pretende reformular o organograma dos serviços de forma que áreas especializadas, que ofereciam apoios técnicos verticais passassem a oferecer apoio técnico horizontal às equipes de atenção básica (Campos, 1999; 2003).

“Em todas estas modalidades de serviços, especialistas e profissionais organizariam uma rede de serviços matriciais de apoio às equipes de referência. Um cardápio tão amplo quanto o possível, de maneira a enriquecer as possibilidades de composição dos projetos terapêuticos individuais. Esta organização amplia as possibilidades e composição interdisciplinar dos projetos terapêuticos, sem diluir a responsabilidade sobre os casos e sem criar percursos intermináveis de encaminhamento. Por outro lado, permite aos trabalhadores combinarem de forma mais livre o trabalho necessário com espaços em que poderiam dedicar - se a desenvolver atividades mais de seu gosto particular. Isto é particularmente verdadeiro quando se pensa no imenso cardápio de atividades matriciais que podem ser oferecidas. Assim, uma enfermeira ademais de sua atividade nuclear típica, poderia também ofertar, em algumas horas de sua jornada, grupos terapêuticos, caminhadas, etc.” (Santos, 1999)

Quanto às vantagens do novo modelo, seu autor argumenta:

“Desta forma, o Apoio Matricial seria uma ferramenta para agenciar a indispensável instrumentalização das equipes na ampliação da clínica, subvertendo o modelo médico dominante, que se traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, às diversas especialidades “ (Santos, 1999)

A experiência com este arranjo foi inaugurada em Campinas a partir de 2001, com a implantação do Programa Paidéia Saúde da Família, uma adaptação do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde do Brasil. Cabe ressaltar que a cidade de Campinas destaca-se no cenário nacional por seu pioneirismo na reforma psiquiátrica, possuindo assim, desde esta época uma rede extra-hospitalar para saúde mental mais bem instrumentada do que a grande maioria das cidades brasileiras. Na avaliação do Programa Paidéia, os gestores já reforçavam a necessidade de uma maior discussão específica sobre o apoio Matricial, o que contribuiria para uma melhor compreensão da lógica de funcionamento deste arranjo organizacional (Figueiredo & Campos, 2009).

Na área de administração de empresas são indicadas vantagens e desvantagens da Organização Matricial, inspiradora do Apoio Matricial desenvolvido por Campos. São apontadas como vantagens a coordenação entre especialistas, a comunicação livre, o processo descentralizado de decisão, a flexibilidade na resposta às mudanças, o potencial de processar grande quantidade de informações dado pela rede de comunicações extensas, a utilização de recursos compartilhados de modo eficiente. Entre as desvantagens estão a falta de clareza nos papéis, a competição pelo poder e um excesso de democracia que pode comprometer os resultados das ações (Bateman & Snell, 1998).

Com base nos discursos dos gerentes podemos dizer que com os NASF os encaminhamentos são mais discutidos em equipe, de uma forma até certo ponto hierarquizada, visto que o usuário não pode ser encaminhado para o serviço especializado sem antes ser discutido o encaminhamento com a equipe do NASF. Isto, muitas vezes, retarda o início do tratamento. Esta nova “hierarquização” na atenção primária muitas vezes torna o atendimento pelo especialista um procedimento burocrático e não compartilhado.

6.3.3 Avaliação da experiência da integração da SM na ESF

Em muitos países, incluindo países desenvolvidos, os cuidados primários permanecem inadequados em saúde mental. Mesmo onde existe uma política de apoio ao cuidado descentralizado em saúde, a implementação do cuidado em saúde mental na atenção primária permanece um desafio. Embora seja esperado que um cuidado holístico seja um benefício da integração da saúde mental na atenção primária no modelo do matriciamento (Pinto et al., 2012), nossos resultados não demonstram que isto aconteça de maneira consistente.

Segundo Brooks et al. (2011) um fator chave para uma unidade de saúde aprender as mudanças necessárias às inovações dos serviços de saúde mental é que as pessoas desta organização, particularmente o gerente, estejam aptas a enxergar a situação de uma maneira ampla e compreender como o seu cenário local se ajusta no contexto geral. Os gerentes das UBS avaliadas como de boa integração da SM na ESF (UBS+) têm um discurso mais equilibrado, relatando barreiras mas também facilitadores para a integração da SM na ESF. Aparentemente os gerentes das UBS + conseguem ter uma visão mais ampla do contexto, o que os ajuda a manter uma atitude mais confiante e positiva sobre a integração da saúde mental na ESF.

A avaliação positiva da integração da SM na ESF por parte das equipes da atenção primária é um objetivo a ser perseguido, visto que, alguns dos processos considerados importantes na

sustentabilidade e na efetividade de serviços de saúde mental comunitário incluem a satisfação dos trabalhadores (Semrau et al., 2011). Além disso, a insatisfação com a estrutura de trabalho na AP teve associação significativa com maiores prevalências de transtornos mentais comuns em profissionais na ESF (Dilélío et al., 2012).

Na opinião dos gerentes da atenção primária o que funciona para integrar a SM na AP são as iniciativas aceitas e assumidas pelas EqSF. As intervenções psicossociais realizadas pelas EqSF para uma parcela de usuários com “sofrimento mental”, mas sem diagnóstico de transtorno mental, são as que têm resultados positivos, segundo os gerentes. Estes resultados confirmam o que já foi encontrado na avaliação do Programa Paidéia (2009) e no relato de experiências positivas da integração da saúde mental na atenção primária descritos pela literatura (Cavalcante e Silva, 2011; Pinto et al, 2012)

Algumas atividades assistenciais coletivas desenvolvidas pelas EqSF e apoiadas pelas equipes do NASF são concebidas a partir de uma visão holística da saúde proposta por este modelo de trabalho: são grupos de promoção de saúde com propostas de convivência coletiva, artesanato, etc. Os gerentes das UBS valorizam estas atividades como importantes pois, na sua visão, fortalecem os laços sociais, estimulam a autonomia, desenvolvem auto cuidado e melhoram a qualidade de vida dos participantes. No entanto muitas vezes estes grupos são utilizados como espaços de deslocamento da grande demanda de atendimento para os portadores de transtornos mentais severos. Os grupos específicos para saúde mental são percebidos pelos gerentes NASF como estratégias para se aumentar o número de pessoas atendidas (troca de receitas de medicamentos psicotrópicos por exemplo) em um curto período de tempo, o que não significa aumentar a resolubilidade da ESF na área de saúde mental. Estas iniciativas são muito criticadas pelos gerentes NASF.

7. Considerações finais

A implementação do cuidado em saúde mental na Atenção Primária é uma prioridade no cenário brasileiro atual, mas sua efetivação não ocorrerá sem o desenvolvimento de estratégias adequadas. Processos de trabalho que permitam uma integração e colaboração entre o cuidado do profissional da atenção primária e o especialista são de extrema necessidade. A política atual recomenda o cuidado compartilhado, entretanto as novas práticas de trabalho são difíceis de alcançar.

Todos os gerentes entrevistados concordam que o melhor é integrar a SM na ESF, mas apontam que esta implementação permanece um desafio. A maior dificuldade não é criar a política de integração da SM na AP, mas viabilizar sua implementação. Os resultados sugerem que pesquisas futuras precisam enfocar a lacuna existente entre o conhecimento existente sobre tratamentos eficazes para transtornos mentais que podem ser aplicados em contextos de atenção primária e a sua implementação na prática. Por ser o NASF um modelo inovador, sobretudo por ter sido escolhido pelo Ministério da Saúde do Brasil como a estratégia de integração da saúde mental na ESF, é de grande importância a avaliação detalhada desta experiência. Sugerimos pesquisas de avaliação que considerem a integração da rede de cuidados em saúde mental, a efetividade das intervenções psicossociais oferecidas no modelo NASF, o processo de trabalho das equipes NASF e ESF, a relação custo-efetividade do modelo NASF comparado à presença de outros modelos de serviços de saúde mental comunitários.

Ainda que questões mais específicas acerca da gestão dos NASF não dispensem pesquisas de avaliação mais aprofundadas, os resultados do presente estudo contribuem para estabelecer prioridades das intervenções da SM na AP e para produzir modificações relevantes e úteis para o aprimoramento dos atendimentos da ESF.

Adiante apresentaremos implicações dos resultados encontrados para políticas públicas e desenvolveremos recomendações pragmáticas para a integração da SM na ESF.

7.1 Implicações dos resultados encontrados para políticas públicas

Atualmente, o município de São Paulo, em sua diversidade e proporção, necessita ajustes para o fortalecimento dos NASF. Os problemas identificados neste estudo, aliados às dimensões e

características de grande heterogeneidade nas diversas regiões da cidade de São Paulo, trazem grandes desafios ao processo de implementação da SM na ESF. A prevalência de transtornos mentais na população adulta residente em São Paulo é maior que a encontrada em estudos semelhantes conduzidos em outras partes do mundo. Recomenda-se reforçar a inclusão de intervenções de cuidado e promoção de saúde mental no sistema de atenção primária. É necessário desenvolver estratégias para melhorar a aplicação dos recursos disponíveis (Andrade et al., 2012). Se estas estratégias se mostrarem bem-sucedidas em uma cidade com as dimensões e o perfil epidemiológico da cidade de São Paulo, elas certamente poderiam servir como modelo para outros países em desenvolvimento, populosos e com poucos recursos.

7.2 Recomendações para integração da SM na ESF

Os resultados de nossa análise foram em grande parte descritivos da percepção dos gerentes sobre a integração da SM na ESF. O conhecimento desta percepção permite destacar pontos-chave na interpretação do problema da pesquisa. Também permite conhecer alguns aspectos na implantação dos NASF que influenciam no sucesso ou no fracasso de sua implantação. Com base nestes pontos apresentam-se sugestões práticas para aperfeiçoamento dos serviços.

7.2.1 Revisão do arranjo organizacional das equipes responsáveis pela integração da saúde mental na atenção primária

Recomenda-se o aperfeiçoamento do processo de trabalho do NASF e uma discussão extensa sobre a natureza e a exequibilidade do apoio matricial no contexto da atenção primária. É necessário incluir a discussão das prioridades e responsabilidades da atenção básica bem como os protocolos para situações de risco para que se ofereça um cuidado adequado às demandas de cada usuário. Uma avaliação adequada é capaz de diferenciar quais indivíduos devem ser encaminhados aos serviços de referência, de forma resolutiva e responsável.

7.2.2 Detalhamento do papel de cada componente da equipe NASF

A função do profissional da saúde mental na Atenção Primária, dentro do modelo do Apoio Matricial assemelha-se ao do interconsultor e difere do tradicional papel do especialista atuante em um ambulatório de saúde mental. Espera-se que este profissional responda às necessidades tanto do paciente quanto da equipe à qual oferece apoio. Além disso, ele mantém a corresponsabilidade clínica pela condução do tratamento. O atendimento inicial deve ter claro o objetivo da avaliação, o que se pode alcançar com o tratamento, as recomendações terapêuticas e as responsabilidades da EqSF. Estes consultores de saúde mental terão que elaborar planos

terapêuticos que sejam breves, práticos e que levem em consideração as limitações e potencialidades dos profissionais da AP.

O profissional que trabalha na AP responde a demandas, expectativas e cobranças às quais normalmente não está submetido o profissional vinculado a serviços especializados. É importante que o trabalhador das equipes NASF esteja disposto a atuar em conjunto com diferentes profissionais (com atitudes e conhecimentos diversos) e uma ampla variedade de pacientes.

Os médicos e demais profissionais da ESF estão habituados ao sistema de referência ao serviço secundário e preferem tipicamente encaminhar o usuário do serviço de saúde. Para que este comportamento seja superado, o atendimento compartilhado precisa ser cuidadosamente construído. A abordagem clínica compartilhada é um processo que exige humildade, flexibilidade e compreensão de todos os atores envolvidos. Compartilhar o cuidado também significa alterar a dinâmica do poder nas relações do profissional de ajuda com o usuário do serviço. É importante que cada profissional tenha claro o seu papel. O profissional da saúde mental deve traduzir os conceitos do diagnóstico e tratamento em uma linguagem que seja compreensível e útil ao profissional da AP, tendo em vista que sua prática se estrutura no vínculo prolongado que mantém com a EqSF. Do ponto de vista do paciente, uma avaliação sistemática seguida de esclarecimentos e orientações se ajusta bem à maioria das expectativas. É importante deixar claro a natureza temporalmente limitada do apoio para evitar mal-entendidos ou frustrações.

A inovação das intervenções terapêuticas e uma abordagem psicossocial não devem anular as práticas com evidências de efetividade na área de saúde mental, como a administração responsável de psicofármacos e as psicoterapias. Sugerimos a formação de uma agenda local, estabelecida pelos principais profissionais oferecidos pela saúde pública em cada território, sobre quais seriam as atividades mínimas a serem desenvolvidas pelo NASF e pelas EqSF no campo da saúde mental.

7.2.3 Capacitação em saúde mental para as equipes da atenção primária

Segundo os gerentes da atenção primária, as barreiras são localizadas principalmente dentro das UBS, no funcionamento das equipes NASF e ESF. De maneira geral os gestores não se queixam da política nem de faltas de recursos, diferentemente dos dados de literatura. Como a maior parte das barreiras está localizada na formação e desenvolvimento dos trabalhos das equipes, consideramos este um ponto importante para pensarmos as intervenções.

Até mesmo quando tratamos de países com mais recursos, a capacitação em saúde mental é insuficiente para os trabalhadores da atenção primária, o que resulta frequentemente em falhas no reconhecimento dos problemas ou na indisponibilidade do tratamento adequado a estes pacientes. Além disso, mesmo os trabalhadores da saúde mental frequentemente não têm as habilidades necessárias para atuarem neste nível de atenção em função de treinamento insuficiente (Semrau et al., 2011). Os resultados deste estudo nos revelaram que, na percepção dos gerentes da atenção primária, os profissionais da ESF relutam em assumir o cuidado dos pacientes por sentirem-se desqualificados para diagnosticar ou rever diagnósticos e mudar a medicação prescrita. Esta descoberta reforça a necessidade de investirmos em capacitação e supervisão para as equipes de saúde da família.

A capacitação (treinamento/ supervisão) é amplamente recomendada pela literatura, mas a natureza e a extensão das capacitações propostas variam enormemente. Mesmo os programas de treinamento implantados de forma bem documentada diferem muito entre si (Índia, Colômbia, Nepal, Iran, Nicarágua, Guiné-Bissau, Tanzânia, Botsuana) (Cohen, 2001; Bosh & Garner, 2008; Gahan et al., 2007; Ward et al., 2009). Estudos sobre a efetividade do treinamento de trabalhadores da atenção primária têm sido criticados por terem como base a descrição feita pelos próprios trabalhadores, sujeito ao viés do que seria socialmente aceito. Além disso os estudos não avaliam a sustentabilidade dos treinamentos. A literatura ainda não estabelece claramente a quantidade e a qualidade de supervisão adequadas para capacitar o trabalhador da atenção primária a oferecer um serviço de saúde mental de qualidade, apesar de reconhecer a importância da supervisão para o sucesso da integração (Hanlon et al 2010).

Por outro lado, experiências com treinamento de generalistas em saúde mental evidenciaram que os benefícios para o tratamento dos casos mais comuns de depressão e ansiedade podem ser limitados (Gask, 2007). Ou seja, simplesmente aumentar a capacidade de reconhecimento pelos generalistas das depressões e ansiedade e ensiná-los a prescrever antidepressivos não é suficiente para melhorar a saúde mental da população (Garcia & Santana, 2011). Mais recentemente, melhores resultados foram obtidos por intervenções que combinam mais de um elemento de tratamento, e envolvem outros profissionais que não apenas os médicos e garantem supervisão continuada (Patel et al., 2009).

Os modelos efetivos são aqueles onde ocorre um processo de educação contínuo, interativo, e relevante para o contexto do serviço. Ele deve focar não apenas o conhecimento, mas também as habilidades e atitudes do profissional da atenção primária. Elementos da organização do

serviço e atitudes pessoais são fatores importantes a serem considerados no processo de capacitação, mais do que o conteúdo ou a metodologia utilizados (Cohen, 2001; Bosh & &Garner, 2008; Grahan et al., 2007; Ward et al., 2009)

Um terço dos quadros de transtorno mental “em atividade do momento atual” na cidade de São Paulo é qualificado como severos. A maioria destes usuários permanece sem qualquer tratamento (Andrade et al., 2012). Sugerimos a criação, por meio de um processo de aprendizagem participativa (O'Reilly-de Brún & de Brún, 2010), de roteiros para a condução dos casos mais difíceis na estratégia saúde da família.

Além disso, os resultados da pesquisa nos indicam que uma capacitação adequada em SM para ESF deve ir além do ensino sobre como tratar as doenças psiquiátricas. A compreensão das relações humanas em sua complexidade, as habilidades de comunicação e de mediação de conflito são questões centrais para a atuação do profissional que atua na ESF. Os programas de capacitação devem ir além do preparo do profissional para seguir protocolos e guias de tratamento dos transtornos mentais. Estratégias de promoção de saúde mental, especialmente técnicas para aumentar a resiliência e controlar o estresse também são úteis para o profissional que atua na AP.

7.2.4 Estímulo à participação dos usuários e dos trabalhadores da atenção primária no desenvolvimento das intervenções

A literatura internacional destaca a participação dos usuários dos serviços de saúde como elemento importante na efetividade e sustentabilidade das ações de saúde mental na atenção primária (Semrau et al., 2011). O Segundo Fórum Nacional da Gestão da Atenção Básica (2012) concluiu que para uma grande transformação no sistema público de saúde no Brasil são necessárias as participações dos usuários e dos trabalhadores da AP. Sem o engajamento e sensibilização da comunidade, sem a responsabilização pelo cuidado na AP será mantido um enorme contingente de usuários do SUS sem o tratamento adequado.

A presença dos Conselhos Gestores nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, formados por membros da sociedade civil, oferece um canal permanente de envolvimento ativo dos usuários nas atividades desenvolvidas na AP. O Controle Social, princípio doutrinário do SUS, é a garantia constitucional de que a população participa do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal ao local. O princípio de controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde pública.

Na AP a participação popular acontece por meio do Conselho Gestor das UBS. Esses Conselhos Gestores têm composição tripartite, com 50% (cinquenta por cento) de representantes de usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de representantes dos trabalhadores da saúde e 25% (vinte e cinco por cento) de representantes da direção da respectiva unidade, e são integrados por, no mínimo, 4 (quatro) e, no máximo, 16 (dezesesseis) membros e o mesmo número de suplentes. Este é um espaço privilegiado para o exercício do Controle Social. Com sua formação tripartite tem o papel de formular, acompanhar e avaliar a política de saúde. De acordo com a legislação federal (Lei 8.142/90) e municipal (Lei 13.325 de 08/02/2002 e Decreto 42.005 de 17/05/2002) todos os equipamentos de saúde devem constituir o Conselho Gestor a partir da mobilização da comunidade, do gerente e profissionais de saúde. Compete aos Conselhos Gestores, observadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde:

- I - acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços e as ações de saúde prestados à população;
- II - propor e aprovar medidas para aperfeiçoar o planejamento, a organização, a avaliação e o controle das ações e dos serviços de saúde;
- III - acompanhar o Orçamento Participativo;
- IV - solicitar e ter acesso às informações de caráter técnico-administrativo, econômico-financeiro e operacional, relativas à respectiva Unidade, e participar da elaboração e do controle da execução orçamentária;
- V - examinar proposta, denúncias e queixas, encaminhadas por qualquer pessoa ou entidade, e a elas responder;
- VI - definir estratégias de ação visando à integração do trabalho da Unidade aos Planos locais, regionais, municipal e estadual de Saúde, assim como a planos, programas e projetos intersetoriais;

Apesar da existência do Conselho Gestor nas UBS como um canal permanente de participação popular, os gerentes entrevistados relataram participação insuficiente de usuários e familiares no processo de integração da SM na ESF. Sendo assim, recomendamos incentivo à participação ativa dos NASF nos Conselhos Gestores das UBS como estratégia de aproximação e integração dos usuários nos cuidados à saúde.

No entanto, a participação dos usuários e seus familiares poder ir além das instâncias previstas pelas estruturas do SUS. Os grupos de autoajuda são estratégias positivas. A contribuição potencial desses grupos, compostos de usuários dos serviços e cuidadores, é capaz de

melhorar os resultados clínicos do tratamento, promover inclusão social, e atuar no controle social da implementação de políticas públicas. Vários exemplos do funcionamento destes grupos são descritos no contexto brasileiro, mas ainda não foram avaliados.

O estigma, a agenda sobrecarregada das EqSF, a complexidade do território, a violência, questões judiciais envolvendo tráfico de entorpecentes, foram consideradas barreiras às intervenções da saúde mental na atenção primária. Acreditamos ser possível superá-las através da mobilização do capital social do território, em um processo de reflexão conjunta e da participação popular.

7.2.5 Apoio aos gerentes da atenção primária na supervisão das equipes NASF e das EqSF

A sensibilização dos gestores e o estabelecimento de fóruns de discussão intersetoriais fortalecem a integração da saúde mental nos serviços de AP (Petersen et al., 2011). Deve-se reconhecer que a integração da SM na ESF não é assumida e implementada facilmente pelas equipes e não ocorrerá de maneira automática, apenas contratando profissionais da saúde mental e distribuindo-os pelas UBS. Ela deve ser construída com a participação conjunta de todos os envolvidos, apoiada na criação de espaços destinados à supervisão, avaliação e reflexão sobre este trabalho. As relações interpessoais entre as equipes e a saúde mental dos trabalhadores, especialmente a ansiedade gerada pelas novas funções devem ser abordadas. O contato com a dimensão psicológica do paciente portador de transtorno mental pode acarretar sofrimento ao profissional generalista, mas esta compreensão pode transformar a visão de saúde do profissional da ESF, trazendo uma abordagem mais holística aos cuidados em atenção primária.

É importante que o gerente da AP consiga diferenciar a competência que o profissional da AP deve ter para desenvolver um cuidado holístico e humanizado, da competência necessária para implementação de intervenções que requerem capacitação específica na área de saúde mental. As respostas reforçaram a importância do investimento em recursos humanos neste processo.

O quadro 7 resume as principais considerações sobre a integração da saúde mental na estratégia saúde da família.

Quadro 7 – Considerações finais sobre a integração da saúde mental na estratégia saúde da família.

- Integrar SM na ESF é possível;
- Trata-se de um processo lento e complexo;
- É necessário motivação, determinação e perseverança dos diversos atores envolvidos;
- É necessário um melhor aproveitamento dos recursos humanos disponíveis;
- A política de saúde mental e a lei que institui os NASF sustentam esta integração;
- É necessário investir tempo para identificar as necessidades do território e “cultivar” a participação popular;
- É necessário promover a colaboração entre os diversos setores, principalmente entre a saúde e a assistência social;
- Uma coordenação de saúde mental para a atenção primária seria extremamente útil, nos níveis municipal, em cada organização parceira da prefeitura e em cada NASF;
- Treinamento e supervisão em serviço para as equipes NASF e ESF é uma prioridade;
- A pressão das agendas lotadas aliadas a um modelo biomédico pode restringir as intervenções da ESF a repetição das prescrições outrora realizadas por um serviço especializado;
- É necessário um planejamento das atividades em conjunto com as duas equipes: NASF e ESF;
- É necessário monitoramento, avaliação das atividades implementadas;
- É necessário divulgar os resultados e as lições aprendidas por cada território para aprimorar o atendimento;
- É necessário flexibilizar a estrutura das atividades da ESF para que estas equipes consigam responder às necessidades dos portadores de transtornos mentais;
- É necessário fortalecer as redes secundárias e terciárias concomitantemente a implantação das estratégias na atenção primária;
- É necessário desenvolver intervenções psicossociais pragmáticas e passíveis de execução por trabalhadores não especialistas para diminuir a sobrecarga das consultas dos generalistas.

8 Referências Bibliográficas

1. ABRASCO - Relatório da Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva promovido pela ABRASCO, intitulada “Desafios da integração com a rede básica”, 2003
2. Andrade, L; Silva, C; Wang, Y; Viana, M. Epidemiologia dos transtornos mentais na população geral adulta in Clínica psiquiátrica – editores: Miguel,E; Gentil V, Gattaz,W. editora Manole, 2011
3. Andrade, L; Wang, Y;Andreoni, S; Silveira, C. Siu, E.; et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil, PloS One. 7(2): e31879, 2012
4. Antunes EH. Saúde mental na atenção primária no estado de São Paulo. Universidade de São Paulo; 1998.
5. APM- Associação Paulista de Medicina. SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, vol. 01. São Paulo, 2006.
6. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: A randomized controlled trial. Lancet. 2003; 361(9362):995-1000
7. Banks, R; Gask, L “It’s time to talk: rekindling the relationship with primary care” Advances in psychiatric treatment (2008) 14: 84-85.
8. Bateman,T; Snell,S. Construindo Vantagem Competitiva. São Paulo, Atlas, 1998.
9. Bauer, M; Gaskell, G. 2000. Qualitative researching with text, image and sound: a practical handbook. Sage Publications de Londres, Thousand Oaks e Nova Delhi.
10. Bower, P; Sibbad B “Systematic review of the effect of on-site mental health professionals on the clinical behavior of general practioners” BMJ 2000; 320: 614 doi: 10.1136/bmj.320.7235.614
11. Benegal V, Chand PK, Obot IS. Packages of care for alcohol use disorders in low- and middle-income countries. PLoS Med. 2009; 6(10): e1000170.
12. Brooks, H; Pilgrim, D; Rogers, A. Innovation in mental health services: what are the key components of success? Implementation science, 6:120, 2011. disponível em <http://www.implementationscience.com/content/6/1/120>
13. Bosch- Capblanch X, Garner O Primary Health Care supervision in developing Countries – A systematic review, Tropical Medicine and International health 13:3 pp369-383, 2008)
14. Busnello ED. A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1976.
15. Burchett, H, Mathew S Maternal mortality in low-income countries: What interventions have been evaluated and how should the evidence base be developed further. International journal of gynecology and obstetrics 105 78-81, 2009.

16. BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
17. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 2002; 359(9314):1331-6.
18. Campbell SM, Shield T, Rogers A et al How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings? *Qual Saf Health Care* 13, 428-34, 2004
19. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cien Saúde Colet*; 4(2):393-403, 1999
20. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; P.51-67, 2003.
21. Campos, G; Domitti, A. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* vol.23 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2007
22. Cavalcante, A; Silva, R. Experiências psíquica de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4):2211-2220, 2011
23. Chatterjee S, Patel V, Chatterjee A et al. Evaluation of a community based rehabilitation model for chronic schizophrenia in a rural region of India. *Br J Psychiatry* 2003; 182:57-62.
24. Cohen, A. The effectiveness of mental health services in primary care: the view from developing world. *Nations for mental health*. World Health Organization, 2001.
25. Costa E, Carbone M. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Rubio; 2004.
26. Craig P, Dieppe P, Macintyre S et al Developing and evaluating complex interventions: new guidance. Disponível em: www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance. 2005
27. Craig P, Dieppe P, Macintyre S et al Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337:a1655, 2008
28. CREMESP- Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Programa de saúde da Família. *Jornal do CREMESP*, 2009
29. De Girolamo G, Bassi M. Community surveys of mental disorders: recent achievements and work in progress. *Current Opinion in Psychiatry*. 2003; 16(403-411). (Dilégio et al, 2012)
30. Dilégio, A; Fachinni, L; Tomasi, E; Silva, S; Thumé, E; Piccini, R; Silveira, D; Maia, M; Osório, A; Siqueira, F; Jardim, V; Lemões, M; Borges, C. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões sul e nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28 (3):503-514, mar, 2012.
31. Domitti, A. Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica à saúde. Tese (Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

32. Ensp/Fiocruz. Relatório final do Projeto Estimativa da Carga de Doença do Brasil 1998. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro; 2002.
33. Eisenberg L. Getting down to cases — making mental health interventions effective. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 511-512, 2000.
34. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*;14:129-38, 2009.
35. Flick, U. Introdução à pesquisa qualitativa. Trad. Joice Elias Costa 3 Ed, Porto Alegre: Artemed, 2009.
36. Flisher, A.J., Lund, C., Funk, M., Banda, M., Bhana, A., Doku, V., Drew, N., Kigzi, F.N., Knapp, M., Omar, M., Petersen, I. & Green, A. (2007) Mental health policy development and implementation in four African countries. *Journal of Health Psychology*. 12(3):505-516.
37. Fontanella, B; Ricas, J; Turato, E. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008.
38. Gask, L; Subbad, b; Creed, F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *British Journal of Psychiatry*,(1997), 170, 6-11
39. Gask L. Improving the quality of mental health care in primary care settings: a view from the United Kingdom. *European Journal of Psychiatry*. 2007; 21(1):17-24.
40. Garcia, L; Lucchesi,M. “A rede de serviços de saúde mental” in Clínica psiquiátrica – editores Miguel,E; Gentil V, Gattaz,W. editora Manole, São Paulo, 2011
41. Garcia, L; Santana, C “Saúde mental e atenção básica” in Clínica psiquiátrica – editores Miguel,E; Gentil V, Gattaz,W. editora Manole, São Paulo, 2011
42. Garcia, L; Santana, C “Saúde mental e atenção básica” in Compêndio de clínica psiquiátrica – editores Forlenza & Miguel, editora Manole, 2012
43. Graham I, Tetroe J, KT Theories Research groups. Some theoretical underpinnings of Knowledge translation. *Acad Emerg Med* 14:11, 2007.
44. Griffiths KM, Jorm AF, Cristensen H et al Research priorities in mental health, Part 2: an evaluation of the current research effort against stakeholders’ priorities. *Aust N Zeal J Psychiatry* 36:327-39, 2002
45. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39: 90-99.
46. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock/Routledge; 1992.
47. Goldberg DP, Goodyer I. The origins and course of common mental disorders. East Sussex: Routledge; 2005.
48. Hanlon,C; Wondimagegn,D; Alem, A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry*. 2010 Oct; 9(3):185-9

49. Harding TW, Climent CE, Diop M, Giel R, Ibrahim HH, Murthy RS. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: The development of new research methods. *American Journal of Psychiatry*. 1983;140(11):1474-80.
50. Harding TW, Climent CE, Diop M, Giel R, Ibrahim HH, Murthy RS. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, III: Evaluative design and illustrative results. *American Journal of Psychiatry*. 1983;140(11):1481-.
51. Hays, D; Singh, A. *Qualitative inquiry in clinical and educational settings*. Guilford press, New York, 2012.
52. Heneghan, C; Badenoch, D. *Ferramentas para medicina baseada em evidências*; trad. André Islabão, 2 Ed, Porto Alegre: Artmed, 2007.
53. Holloway, I (2005) *Qualitative methods in health care*. Maidenhead, Open university press
54. Iaconi E. The detection of emotional disorders by primary care physicians: a study in Sao Paulo, Brazil. Institute of Psychiatry, University of London, 1990
55. Irmansyah I, Prasetyo YA, Minas H. Human rights of persons with mental illness in Indonesia: more than legislation is needed. *Int J Ment Health Syst*;3:14. 2009
56. Ito, H; Setoya, Y; Suzuki, Y. Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry*;11:186-190; 2012
57. Jannuzzi, P. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 16, n. 59, Jul./Dez. 2011
58. Lacey, A; Luff, D (2007) *Qualitative research analysis. The NIHR RDS for the East Midlands / Yorkshire & the Humber*.
59. Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*. 2007;370(9593):1175-86.
60. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006;60(1):13-9.
61. Mateus M, Mari J, Delgado P et al. The mental health system in Brazil: Policies and futures challenges. *International Journal of Mental Health System* 2:12, 2008.
62. Mari JJ, Razzouk D, Thara R, Eaton J, Thornicroft G. Packages of care for schizophrenia in low- and middle-income countries. *PLoS Med*. 2009;6(10):e1000165.
63. McKee M, Britton A, Black N et al Interpreting the evidence: choosing between randomized and non-randomized studies. *BMJ* 319:312-5, 1999.
64. Melzer D, Tom BDM, Brugha TS, Fryers T, Meltzer H. Common mental disorder symptom counts in populations: are there distinct case groups above epidemiological cut-offs? *Psychological Medicine*. 2002; 32(7):1195-201.
65. Miles, M; Huberman, A. *Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods*. Beverly Hills, Sage Publ., 1984
66. Minayo, C “O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde” 4ª ed. São Paulo- Rio de Janeiro, Hucitec, Abrasco, 1992

67. Ministério da Saúde do Brasil: Relatório da Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, 2001.
68. Ministério da Saúde do Brasil: Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, documento apresentado à Conferência Regional de Reforma de Serviços de Saúde Mental, 2005.
69. Ministério da Saúde do Brasil: Política Nacional de Saúde Mental, 2008.
70. Ministério da Saúde do Brasil, Diretrizes do NASF. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf; último acesso realizado em 04/-5/2013.
71. Ministério da Saúde do Brasil. Acesso em: 20/2/2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>
72. Ministério da Saúde do Brasil. Atenção básica e saúde da família. (2010) Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php, último acesso realizado em 28/12/2012.
73. Ministério da Saúde do Brasil. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. 2012. Acesso em: 20/02/2012. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>
74. Moncrieff J, Cohen D. Do antidepressants cure or create abnormal brain states? PLoS Medicine. 2006;3(7):961-
75. • Mubbashar, M. Mental health services in rural Pakistan. In Common Mental Disorders in Primary care (eds M Tansella& G Thornicroft) pp - 80 London Routledge,1999
76. .Murthy RS, Wig NN. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, IV: A training approach to enhancing the availability of mental health manpower in a developing country. American Journal of Psychiatry: 140(11):1486-90. 1983
77. Nunes, M; Jucá, V; Valentim,C. Ações de saúde mental no programa saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10)2375-2384, 2007.
78. O'Reilly-de Brún, M., & de Brún, T. (2010). The use of Participatory Learning & Action (PLA) research in intercultural health: Some examples and some questions. Translocations: Migration and Social Change, 6, 1., 2010
79. Sartorius N, Harding TW. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, I: The genesis of the study. American Journal of Psychiatry. 1983;140(11):1470-3.
80. • Patel, V Cohen, A. Mental health services in primary care in 'developing' countries, World Psychiatry 2:3, 2003.
81. Patel V, Sartorius N From science to action: the Lancet Series on Global Mental Health, Current Opinion in Psychiatry 2008, 21:109–113
82. Patel, V; Thornicroft, G. Packages of Care for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Low- and Middle-Income Countries: PLoS Medicine Series. PLoS Med. 2009. Oct; 6 (10):e 1000160

83. Patton, MQ “Qualitative evaluation and research methods” (3rd edn) London: SAGE, 2002.
84. Pescolido BA, Wright ER, Kikuzawa S Stakeholder attitudes over time toward the closing of a state hospital. J Behav Health Serv Res 26:318:28 1999.
85. Pereira, J.C. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 2 Ed São Paulo, Editora Universidade de São Paulo, 1999.
86. Petersen, I; Ssebunnya J; Bhana, A; Baillie K. Lessons from case studies of integrating mental health into primary health care in South Africa and Uganda. International Journal of Mental Health Systems, 5:8 , 2011
87. Pinto, A; Jorge, M; Vasconcelos, M; Sampaio, J; Lima, G; Bastos, V; Sampaio, H. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. Ciência & Saúde Coletiva, 17(3): 653-660, 2012
88. Pond D. Future trends in research and practice, in mental illness in primary care settings. In: Shepherd M, Wilkinson G, Williams P (Eds.). London: Tavistock; 1986.
89. Pope, C; Mays, N. Ed 3rd edition (2006) Qualitative research in health care. BMJ Publishing Group
90. Pope, C; Ziebland, S; Mays, N (2000) Analysing qualitative data. British Medical Journal 320,114-116
91. Ribeiro, J; Inglez-Dias, A. Políticas e inovação em saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 16 (12):4623-4633, 2011.
92. Richie, J; Spencer, L (1994) Qualitative data analysis for applied policy research, in Bryman and Burgess, eds., Analysing qualitative data, London: Routledge, p173-194.
93. Ritchie, J. and Lewis. J. eds. Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers. Sage Publications, London, 2003.
94. Ross L, Simkhada P, Cairns W et al Evaluating effectiveness of complex interventions aimed at reducing maternal mortality in developing country Journal of Public Health 27:4 331-337 , 2005.
95. Santos,V; Soraes, C; Campos,C. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PDF no município de São Paulo. Rev. Esc. Enferm USP, 41: 777-81, 2007.
96. Saraceno, B; Ommeren,M; Batniji, R; MA b, Cohen,A; Gureje, O; Mahoney, J; Sridhar, D; Underhill (2007) Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. The Lancet, Volume 370, Issue 9593, Pages 1164 - 1174, 29 September 2007
97. Sartorius N, Tansella M, Thornicroft G. The limits of mental health care in general medical services, in common mental disorders: essays in honor of Professor Sir David Goldberg. London: Routledge; 1999.
98. Saxena, S & Maulik, P Mental Health Services in low and middle income countries: an overview. Current opinion in psychiatry. 16, 437-442, 2003.

99. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *The Lancet*. 2007; 370(9590): 878-89.
100. Secretaria Municipal da Saúde (SMS) disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/index.php?p=17783, último acesso em 05/04/2013.
101. Segundo Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica realizado entre 17 e 19 de dezembro de 2012 em Brasília, vídeo disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=PLLNLQiglU&feature=youtu.be>, último acesso em 28/12/2012
102. Semrau, M; Barley, E; Law, A; Thornicroft, G. Lessons learned in developing community mental health care in Europe; *World Psychiatry*; 10:217-22, 2011
103. Shepherd M. *Psychiatric illness in general practice*. Oxford University Press; 1966
104. Shimidit, L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. *Epidemiology and psychosocial consequences*. *Dan Med Bull*, Nov 53(4) 390-417, 2006.
105. Silveira, E. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (9):2377-2386, 2012.
106. S- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Reunião sobre Ética na Pesquisa Qualitativa em Saúde. Relatório. São Paulo, 2007.
107. Smith, J; Firth, J. Qualitative data analysis: the framework approach. *Nurse Researcher*. Vol18:2, 2011. Disponível em <http://nurseresearcher.rcnpublishing.co.uk/archive/article-qualitative-data-analysis-the-framework-approach> último acesso em 05/05/2013.
108. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde do Brasil; 2002.
109. SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, vol. 01. São Paulo, 2006.
110. Tenório, A; Aguiar, M; Winck, K; Rodrigues, K; Sato, M; Grisi, S; Brentani, A; Rios, I. (2012) *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28 (11):2076-2084.
111. The PLoS Medicine Editors Qualitative research: Understanding patients' needs and experiences. *PLoS Med* 4(8):e258.doi:10.1371/journal.pmed.0040258. (2007).
112. Thiollent, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 2007.
113. Thornicroft G, Tansella M. Coordinating primary care with community mental health services. In: *Common Mental Disorders: Essays in Honor of Professor Sir David Goldberg*. Routledge: London; 1999.
114. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. *British journal of psychiatry* 185, 283-290, 2004.
115. Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press; 2006.

116. Thornicroft G, Tansela M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry* 7:87-92, 2008.
117. Vannucchi, A. Modalidades tecnoassistenciais e atuação do médico psiquiatra no campo de atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde (SUS). Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Santa casa de São Paulo no curso de pós graduação em saúde coletiva, 2011.
118. Ward V, House A, Hamer S Developing a Framework for transferring knowledge into action: a thematic analysis of the literature. *J Health serv Res Policy* 14: 3 pp156-164, 2009.
119. Weiss M., Jadhav S, Raguram R, Vounatsou P, Littlewood R. Psychiatric stigma across cultures: local validation in Bangalore and London. *Anthropology and Medicine*, 8(1):71-87, 2001.
120. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim da Oficina Sanitária do Panamá* 120(6):472-482, 1996
121. World Health Organization, Organization of mental health services in developing countries: 16th report of the WHO expert committee on mental health, in WHO Technical Report Series n. 564. Geneva: WHO; 1975.
122. World Health Organization. Primary health care: report of the international conference on primary health care , Alma-Ata, 6-12 September, Geneva: WHO, 1978
123. World Health Organization (WHO), 2001 *The world health report 2001 — mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization; 2001. Available from: <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/pdf/whr2001.en.pdf>
124. World Health Organization (WHO). Atlas: mental health resources in the world. Geneva: WHO, 2005.
125. WHO-WHONCA World Health Organization and World Organization of Family Doctors, Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: WHO; 2008.
126. World Health Organization (WHO). Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): Scaling up care for mental, neurological and substance abuse disorders. Geneva: WHO; 2008.